

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi kórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán- gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Taufer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Góth Lajos: Közlemény a kolozsvári m. kir. Ferencz József tud.-egyetem szülészeti és nőgyógyászati kórodájáról. (Igazgató: Szabó Dénes dr. egyet. ny. r. tanár.) I. Rothadó magzat visszatartása a méhben. II. Gátképlés után fellépő tetania. III. Herpes zoster terhesnél. 133. l.

Elfer Aladár: Közlemény a Szt. István-kórház VI. orvosi osztályáról. (Főorvos: Korányi Sándor dr. egyetemi tanár.) A cytodiagnosis értéke mellüri izzadásmányoknál. 136. l.

Paunz Márk: A rhinogen agyályog. 137. l.

Tárca. Markusovszky-féle egyetemi jubiláris előadások. 139. l. — Marschalkó Tamás: A dermatologia helyzete az egyetemi oktatásnál a gyakorlati orvosképzés szempontjából. 139. l.

Közegészségügy. Az elmebetegnek elmebeteggyógyintézetekbe és kórházakba való felvétele és szállítása. 140. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Nagy Pál: A hasi bagymáz gyógykezeléséről. 141. l. — Könyvismeret. Carnot: La médication hémostatique. — Jacob und Pannovitz: Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose. Band II. Bekämpfung der Lungentuberculose. — Max Nassauer: Doktorsfahrten. — Lapszemle. Sebészeti. Friedländer: Sarcómák, óriássejtű sarcómák és plasmasejtek. (Zimmermann.) — Albrecht: Gázfejlesztő baktériumokkal történt

fertőzések. (Zimmermann.) — Wittmer: A heveny miliaris gümőkór viszonya a gümőkóros nyaklymphomák műtévésehez. (Navratil Dezső.) — Kurpjueit: A tüdő decorticatioja idült empyemában. (Navratil Dezső.) — Venerés bántalmak. Buntano Adachi: Syphilis a kőkorszakban Japánban. (Sellei.) — Adeline: A polyneuritis blennorrhoea. (Sellei.) — Neumann és Bendig: Higany-injectiót követő nagyfokú gangraena esete. (Guszmann.) — Kisebb közlemények az orcosgyakorlatra. Helmke: Jodipin. — Kejlar: A bromipin. — Suter: A gyógyszereknek komprimált tabletták alakjában való használata. — Folyóiratok átnézete. 142—143. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kitüntetések és kinevezések. Az országos közegészségi tanács új tagjai. — Neubauer Adolf. — Próbaeladás. — Fodor József szobra. — Külföldi személyi hírek. — Egygyermek-rendszer. — A madridi XIV. internat. orvosi congressus. — A „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie.“ — A III. internationalis thalassotherapeutikus congressus. — A német orthopaediai sebészársaság. — „Russische medicinische Rundschau.“ — Kórházi jelleggel felruházott új kórház. — Gyógyszerárú-üzletek engedélyezése. — Új nyilvános kórházi jellegű osztrák gyógyintézet. — Megjelent. — Elhunytak. — Pályázatok. — Hirdetések. 144. l.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosgyógyintézet. — Kórházi orvostársulat. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. — Személyek külföldi tudományos társulatok üléséből.

Melléklet. Gyermekgyógyászat. 1. sz. Szerkeszti: Bókay János dr. ny. r. tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kolozsvári m. kir. Ferencz József tud.-egyetem szülészeti és nőgyógyászati kórodájáról. (Igazgató: Szabó Dénes dr. egyet. ny. r. tanár.)

I. Rothadó magzat visszatartása a méhben.

Irta: Góth Lajos dr. kórodai gyakornok.

Esetünk közlése — bár újabban a méhrepedések casuisticáját sok adattal gazdagították — tekintettel szokatlan kimenetelére nem fog feleslegesnek bizonyulni.

A terhes méh repedése tudvalevőleg többnyire mélyreható sérüléseknél, fejlődési rendellenességeknél, szövete betegségeinél szokott létrejönni, ritkábban esatlakozik a lepénynek egy előző terhességben történt odanövéséhez.¹ Veit² a repedés okainak tárgyalásánál már kérdésesnek tartja, hogy hasra esés, vagy a hasra gyakorolt erőteljes ütés képes-e szakadást kiváltani, még kétségesebbnek tekinti azt, hogy egy indirect behatás tudjon ilyen hatást kifejteni. („Dass aber hierdurch eine Zerreißung des Uterus zu Stande kommen sollte, ohne dass gleichzeitig die Bauchdecken zerrissen werden, oder dass sonstige Vorbedingungen dafür da sind, halte ich für nicht erwiesen.“³) Ellenkezőleg vélekedik Olshausen („Ein heftiges Trauma kann natürlich allein genügen, ohne weitere Disposition den Uterus zu Platzen zu bringen.“)⁴ Neugebauer a magzatburkok viselkedéséből következtetve bebizonyítottak látja, hogy a normalis méhizomzatnál a Veit által praedisponáló momentumnak felhozott összehúzódása a behatás idején sem elengedhet-

lenül szükséges.¹ A repedések következménye azonban, úgy látszik bármilyen úton-módon jöttek is légyen létre, a magzatnak a hasürbe való kilépése, a mi a repedés után azonnal megtörténhetik, de olykor csak huzamosabb idővel a küllerőszak behatása után következik be.²

Észlelt esetünket a következőkben ismertetem:

Folyó év márczius 21-dikén a Mentő-Egyesület egy asszonyt szállított kórodánkra, a ki a reggeli vonattal érkezett Kolozsvárra s a kitől állítólag néhány nap óta egyes magzati esontok ürülnek.

Az előzményekről a nem túlságosan intelligens asszonytól a következőket sikerült megtudnom:

G. B. né 29 éves, házi fogl. Első menstruatio 14 évvel, ismétlődés 4 hetenként 7—8 napi tartammal. Férjhez ment 13 év előtt. V. P. Első 11, utolsó 4 év előtt, rendes időre, rendszeren. Jelenlegi (VI.) terhességét mult év május elejétől számítja.

Magzatmozgást először mult év szeptember 14-dikén érzett. Terhessége alatt teljesen jól érezte magát, mígnem körülbelül 3 hónap előtt („karácsony táján“) egy borjú hasba rúgta. Ekkor 3 napig, inkább ijedtében, mint súlyos tünetek által kényszerítve, ágyban feküdt, de ennek elteltével férje követelésére felkelt és további 6 hétig végezte megszokott házi teendőit.

Közérzete türethető volt, azonban magzatmozgást nem érzett többé. A hatodik hét végén (a számítása szerinti szülési terminusra) alhasi görcsös fájdalmak jelentkeztek, melyeket eleinte szülési fájdalomnak gondolt, bár szokott intermittáló jellegük hiányzott. Bábát hivatott, a ki azonban nem találta a szülés megindulását.

¹ Neugebauer: Selbstmord einer Schwangeren etc. Cbl. f. Gynäkologie 1890. Beilage 88. l.

² Többek között Jellingshaus „... eine nicht seltene Möglichkeit ... das Latentbleiben einer in directen Anschluss an das Trauma erfolgten incomp. Ruptur“ Arch. f. Gynäkologie Bd. 54. 110. lap. Továbbá: Lepold: Arch. f. Gynäkologie Bd. 52. 358. l.

¹ Alexandroff. Ein Fall von Uterusruptur während der Schwangerschaft. Monatsschrift für Geburtsh. u. Gynäkolog. XXII. 453. l.

² Müller. Handbuch d. Geburtsh. Bd. II. 143. l.

³ L. c. 144. l.

⁴ Olshausen-Veit. Lehrb. der Geburtsh. 1889. 812 l.

nak jeleit s ezért egy orvos véleményét is kikérte. Az orvos a bába leletét megerősítette. „Néhány nap múlva“ eme göresűs fájdalmak gyérebben jelentkeztek, majd teljesen megszűntek s helyükbe egy, az alhas tájra szorító, tompa fájdalomérzés lépett. Ugyanekkor kezdtek állítólag hőemelkedések is mutatkozni. Az asszony állítása szerint ezen idő alatt nemző részeiből sem magzatvíz, sem magzatrészek nem távoztak. Egy hét múlva 8 napig tartó vérzés állott be, melyet a nő rendes tisztulásnak tekintett. Körülbelül 5—6 nap előtt újra erősebb fájdalmak jelentkeztek, mire beteg 4 nap előtt egy második orvoshoz, Székely dr. hátszegi városi orvoshoz fordult segítségért. Értesítése szerint, melyet e helyen is megköszönök, 38⁰ hónaljhőmérsékletet constatált. A belső vizsgálat a has, valamint a méhszáj erős érzékenysége miatt csak tökéletlenül sikerült. A tapintó ujj a méhszájon nem hatolhatott át, mivel azt egy kilógó hengerded képlet zárta el, a mely a leggyöngédebb húzásnak engedve leszakadt s kihozva egy magzati felső végtagnak bizonyult. Erősebb vérzés miatt a hüvelyt jodoformgaze-zel tamponálta s betegnek kórodánkra való szállítását azonnal elrendelte.

A beteg elég jól fejlett, azonban anaemiás, megviselt kinézésű. A fennebb említett, alig véres, azonban igen büzös tampon eltávolítása után a hüvely rendesnek mutatkozik. Méhszáj 1 ujjal nehezen átjárható. A köldökig érő méhtest laza tömlőt képez, a mely jobbra s előre kissé elődomborodik. Üregét egy, nagyobb tömegével jobb felében fekvő ellentálló képlet tölti ki, melyen a boltozatokon át nem lehet magzatrészeket megkülönböztetni, a méhszájon át vitt ujj azonban könnyen mozgatható csontokat tapint.

Eme lelet kétségtelenül beigazolta, hogy valóban terhességgel állunk szemben, ép oly kevéssé foroghatott fenn kétség az iránt, hogy a rothadó magzat a *méhüregben* foglaltatik. Épen azért Szabó tanár úr a délelőtti folyamán a méh kiürítése mellett határozott.

Mindenek előtt chloroformnarcosisban előzetes fertőtlenítés után a méhszáj Hegar-féle dilatatorokkal mindaddig tágított, míg nem 2 ujjal átjárhatóvá vált. Ekkor — újabb méhöblítés után — az ujj vezetése mellett bevitt erős csontfogóval a csontok, valamint a felismerhetetlenségig rothadt lágyrészek sorban, úgy a mint elérhetőkké váltak, megragadtattak és darabonként az evisceratoria emlékeztető módon kihozattak.¹

A méh kiürítése közben a mellső cervixfalán egy tátongó repedés volt tapintható, a mely egy mellfelé és jobbra levő kiöblösödésbe vezetett, ebben feküdt nagyobb részével a kihozott magzat. A kiürítés után jelentkező bővebb vérzés miatt a méhüreg és hüvely kemény tamponálása vált szükségessé.

A hihozott csontok fejlettsége egy a VII. hónapban levő magzat csontjainak megfelelő, a mint az a méreteknél a *Fritsch*-féle átlagos számokkal való összehasonlításából is kitűnik:

Esetünkben talált csontméretek *Fritsch*-féle átlagméretek

Humerus:	4.1 cm.	4.5—4.8 cm.
Ulna:	4.0 cm.	3.9 cm.
Radius:	3.5 cm.	3.7 cm.
Femur:	4.4 cm.	4.2—4.5 cm.

A további lefolyás igen kedvező volt. Vérzés többé nem jelentkezett. A hőmérsék normális (37⁰ alatt) maradt. A has nyomásra némi érzékenységet mutatott. 4. nap a részben már a hüvelybe csúszott jodoformgaze tampon eltávolított, a méhüreg kiöblítése alatt vérzésnek nyoma sem mutatkozott. Vizsgálatkor a bevitt ujj a külső méhszájon könnyen áthatol, a belső méhszáj nem járható át. Utóbbi alatt a nyakcsatorna mellső falán kifejezett repedés érezhető, a mellső nyakcsatorna-fal a kétoldali parametriummal egy, egészen a medencecsontokig terjedő, kemény dudoros daganatot alkot. A 11. nap délutánján (az egyetlen, 38¹⁰-os) hőemelkedés lépett fel, okát nem sikerült kimutatni. A méh kiürítésétől számított 13. napon, bőven férfi ökölnyi, fenekével jobboldal felé kitérve, előtte körülbelül 2 ujjnyi széles,

hosszúkás, hengeres képlet tapintható, a mely jobb oldalt ökölnyi, lapos tömeggel függ össze.

Teljesen rendes hőmenet és fájdalomatlanság mellett beteg a kiürítést követő 25. napon meleg öblítéseket, majd fürdőket kapott. A 42. napon a méh körülbelül rendes nagyságú, előtte 1 ujjnyi vastag képlet észlelhető, jobb oldalánál majdnem ökölnyi tömeg, bal oldalt a parametriumban ujjnyi vastag köteg. Az 50. napon az erős honvágytól elért beteg távozott kórodánkról s így kivonta magát további észlelésünk alul.

A vázolt lefolyás kétségtelenné teszi, hogy esetünkben interstitialis terhességről nem lehet szó, még kevésbé gondolhattunk tubaris graviditásra. Az első kérdés, a mely feleletre vár, az, hogy mikor és mily módon jöhetett ama cervicalis repedés létre, a mely kétségkívül a leírt állapot közvetlen előidézőjének tekintendő. Az említett repedésnek szülésközben való létrejöttét — azt hiszem — kizárhatjuk, hiszen nem is került a sor kifejezett szülőtevékenységre, a már 5 ízben szült beteg bemondása szerint az eleinte szülőfájdalmaknak vélt fájásoknak periodicitása hiányzott. A bába nem találta a szülés megindulásának a jeleit, az első orvos vizsgálatnál csukott méhszájat észlelt. Magzatvíz eme fájdalmak idején nem folyt el. A magzat kiesiny volta (VII. hónapnak megfelelő méretek) mellett valószínű, hogy erőteljes fájások nem a méh megrepedését, hanem még keresztfekvés esetében is, inkább a magzat evolúcióját idézték volna elő.

Épen ezért valószínűnek tartjuk, hogy e repedés már a terhesség alatt keletkezett és hogy létrejötté gátolta meg a méhet abban, hogy a megfelelő szülőtevékenységet kifejthesse.

Az anamnesisben csak egy olyan adatot találunk, melyet eme kérdés magyarázatára felhasználhatnánk, tudniillik azon borjúrugás, mely után a magzatmozgások is megszűntek.

Gondolnunk kellett valamely abortus előidézésére irányított cselekményre is. Ezen kérdés eldöntésénél természetesen a legkevesebb jelentőséget a beteg bemondásának tulajdoníthatunk, ily fajta kísérleteket nem igen szokás bevallani. De a tapasztalat azt mutatja, hogy a criminalis vetélésekkel, az esetek túlnyomó többségében, a terhesség első hónapjaiban találkozunk, az a nő, ki eme lépésre határozza magát, aligha fogja állapotának kellemetlenségeit előbb hét hónapon át viselni. Hasonlóképen ellene mond ezen felvételnek az, hogy beteg az elképzelt beavatkozás után még hat hétig jól érezte magát, hogy hat hétig a fertőzés tünetei nem jelentkeztek. Hasonló irányban értékesíthető ama körülmény is, hogy a repedés a mellső falon székelt, a szóbanforgó beavatkozások ellenben rendszerint a hátsó falon hagyják nyomaikat hátra.

A fertőzési tüneteknek a repedés létrejötté után való késői megjelenésében és abban, hogy a repedés a mellső falon székelt, keresem annak bizonyítékait, hogy a repedés tényleg az említett rugás következménye. Érdekesnek tartom annak hangsúlyozását, hogy aránylag milyen csekély tünetek mutatkoztak közvetlenül a repedés létrejötté után, melyhez pedig — a mint azt a felvételkor leírt lelet és a gyermekágy lázmentes lefolyása bizonyítja — az excavatio visicouterinában, valamint mindkét parametriumban, de különösen jobb oldalt erősebb haematomaképződés is csatlakozott.¹

Azt a dërdést, hogy a méh szövete részéről volt e valamelyes paedispositio jelen, természetesen érintetlen kell hagynom.

A leírt eset legérdekesebb mozzanataiképpen a méh magatartását említeném, a mennyiben a repedés következtében nem tudott megfelelő szülőtevékenységet kifejteni s mint egy laza zacskó viselkedésében a további lefolyás alatt egy ectopusos tömlő szerepének felelt meg. Ily módon közbejött fertőzés a méh tartalmának bomlását vonta maga után, a mely az egyes csontokat lecsupaszította és a lágyrészeket a felismerhetetlenségig megváltoztatta, a mint az méhen kívüli terhességeknél történni szokott. Azt, hogy a fertőzés mily úton és módon jött létre, a posteriori nem lehetett megállapítani. Mindenesetre említésre méltó, hogy

¹ A beteg által hozott, valamint a műtételt eltávolított csontokat szerző az „Erdélyi Múzeum-Egyet“ orvostermészettudományi szakosztályának 1902. márczius 22-dikén tartott orvosi szakülésén bemutatta.

² Fritsch: Das Kind in den letzten Schwangerschaftsmonaten. Müller. Hdb. d. Gebh. III. 587. 1.

¹ Az irodalomban feljegyzett egyes esetek bizonyítják, hogy a terhesség alatt úgy incomplet, mint complet rupturák létrejöhetnek a nélkül, hogy súlyosabb tünetekkel járnának, így: Leopold l. c. Hindle: Brit. med. Journal. 1894. 1728. sz. Cítálva Poroschin: Centralblatt für Gynäkologie, 187. lap.

bár a méh üregében bomlási folyamat játszódott le, a haematomákat a szétesés megkímélte.

Egy „*missed labour*”-ról (vagyis a szülőtevékenység *abbanmaradásáról*) a szó valódi értelmében csak azért nem szólhatunk, mivel esetünkben a szülés *megindulása* sem került sorra.

II. Gátképlés után fellépő tetania esete.

Gyakran észlelhető jelenség, hogy olyan betegségekkel, melyeknek kóroktana még nincs tisztázva, számos, az illető kóralakkal időbeli vonatkozást mutató mozzanatot igyekeznek kapcsolatba hozni. Így történt ez a tetaniánál is. Nem egy körülményt egyenesen előidézőjének tekintettek (tetania golyva kiirtások után, gyomortágulásoknál), másoknál legalább közvetett szerepet igyekeztek a szóbanforgó kóralak létrehozásában felfedezni („*Schusterkrampf*”, „*Contracture des nourrices*”).

Azonban bármilyen változatosak is legyenek a felhozott körülmények, nem sikerült a rendelkezésemre álló irodalomban olyan feljegyzést találnom, mely nőgyógyászati műtéthez csatlakozó tetaniára vonatkoznék. A *Centralblatt für Gynäkologie*¹ „*Ueber gynäkologische Fälle von Tetanus und Tetanie*” címmel referálja *Meinertnek* egy előadását, azonban úgy látszik, hogy voltaképpen itt is csak tetanus esetekről volt szó, a mint az *Meinertnek* az említett előadás után irt közleményéből² is kiténik.

Leirandó észleletünk ritka volta szolgáljon tehát közzététele mentségeül.

F. G.-né 25 éves, házi fogl. Havi vérzése 14 évvel jelentkezett, ismétlődés 28 naponként, 1 heti tartammal, kellemetlen tünetektől menten. IV P. Első 8 év, utolsó 4 hónap előtt, rendes időre, rendes. Gyermekágyak rendes lefolyással (2 heti fekvés). Utolsó előtti szülése óta egy rosszul gyógyult gátrepdése van.

Kórodánkra történt felvételéig beteg gyermekét maga szoptatta. Felvételtől kezdve rendszeresen keserűvizet kapott. 13 nap múlva — midőn a tejelválasztás teljesen megszűnt volt — láttunk a gátképléshez.

A hüvely felé a heg kétoldalt húzódott, közbefogva a hüvely hátsó falának zsugorodott, háromszögletű lebenyét. A chloroform-narcosisban végzett műtét első sorban ezen hátsó hüvelyfal képezte lebeny felszabadításában, majd a heg kimetszése után, csúcsával lefelé való húzásában állott; az ily módon kétoldalt egymás mellé hozott sebszélek sodrony varratokkal egyesítették. A lebeny fennmaradó csúcsának lemettszése után nagy ajakról nagy ajakra folytatott az egyesítés. Végül két varrattal a gát bőre egyesítették.

Műtét után beteg ismételten hányt. A következő nap délutánján típusos tetaniás göresök jelentkeztek. („Szülész kéztartás”, kiöblösített talpok, összeszorított, erősen hajlított lábujjak, ki-fejezett *Trousseau*, *Erb* és *Chvostek* tünetek). A göresök $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óránként jelentkeznek, 2—10 percig tartanak és meglehetősen fájdalmasak.

Az amúgy is ágyban fekvő betegnek bromot rendeltünk, közepes adagokban. A 3. naptól kezdve a rohamok gyérebbekké váltak, veszíteni kezdtek intenzitásukból. A 8. naptól kezdve naponta 1—2-szer jelentkeztek. 11. napon összes varratok eltávolítása, vonalas egyesülés. Ugyanezen nap délutánján újra erőteljesebb göresök jelentkeznek, különösen a lábujjakban. 13. napon utolsó tetania-roham. Műtét után 16 nappal beteg távozik kórodánkról, hat hónappal későbből írott értesítése szerint a rohamok otthon nem ismétlődtek többé.

A betegség *azonosságának* megállapítása — tekintve a kifejezett tüneteket — nemigen ütközhetett nehézségbe. Trismus és fokozott reflexingerlékenység hiányából a *tetanust*, a rohamoknak tiszta öntudat mellett való megjelenéséből az *epilepsiát* könnyedséggel kizárhattuk. *Ergotinismust* hasmenések, érzési zavarok is kísérnek. *Hysteria* ellen szolt első sorban *hysteriás* tünet hiánya. Továbbá azt tartják, hogy *hysteriánál* a *Trousseau* tünet csak kivételképpen, a *Chvostek* sohasem fordul elő.³

Midőn a leirt tetania magyarázatát keressük, nem szabad

¹ 1893. évfolyam 318. l.

² Archiv f. Gynäkolog. XLIV. kötet 381. lap.

³ Bókai-Kétyi-Korányi. A Belgyógyászat kézikönyve VI. kötet. 967. l. Frankl-Hochwart szerint a *Trousseau*-tünet sohasem észlelhető *hysteriánál*, a *Chvostek*-tünet előfordulhat „ab und zu.” Nothnagel. Spec. Patholog. und. Ther. XI. II. Frankl-Hochwart: *Tetanie*. 169—170.

szem elől téveszteniünk azt, hogy a szóban forgó megbetegedés olyan nőnél jelentkezett, ki utolsó, 4 hónap előtt lefolyt szülése óta gyermekét maga táplálta. Nevezetesen megfontolandó, hogy nem egyszerűen a szoptatók göresével, egy „*contracture des nourrices*” esettel állottunk-e szemben. Igaz ugyan, hogy a tetania ezen alakja rendszerint a szoptatás kezdetén, annak első heteiben jelentkezik, de azért emlitenek 2—8 hónapnyi „*latens időszakokat*” is. *Mindenesetre azonban a szoptatás alatt jelentkezett a bántalom kitörése*, csak egy esetben, egy nőnél, ki gyermekét $1\frac{1}{2}$ évig szoptatta, jelentkezett az elválasztás után.¹

Azt, hogy a szoptatók tetaniája rendszerint csoportosan lép fel, esetünk pedig magában áll, csak mellelleg említem meg.

Ép oly kevésbé mellőzhető ama kérdés felvetése is, vajjon nem váltott-e ki a chloroformnarcosis egy mérgezési tetaniát, a mint *Löb* egy egyetlen idevonatkozó esetet említ.² Azonban úgy látszik esetében a kezek típusos tartásán kívül csak a facialis tünet volt meg. Különben is nehezen volna elképzelhető, hogy ha a chloroform tetaniát egyáltalában képes volna előidézni, az említett észlelet a chloroform használatának mai elterjedtsége mellett egyetlennek megmaradhasson.

Ha azonban esetünkben a tetania keletkezését az ismert okok egyikére sem vezethetjük vissza, ha tekintetbe vesszük, hogy a kórkép fellépése a gátképlést nyomon követte, hogy betegünknek sem a műtét előtt, sem máskor nem jelentkezett, nem zárkozhatunk el ama gondolat elől, hogy a tetania kiváltása nem volt a vázolt műtéttől teljesen független, különösen ha utalok arra a körülményre, hogy a tetania szünőfélben levő tünetei a fonalak kivételének napján (l. 11. nap) kiújultak.

Feltéve azonban, hogy az említett összefüggést épenséggel tagadnunk is kellene, még mindig feljegyzésre érdemesnek tekintém azt, hogy a szóban forgó kórkép — mint az egyetlen ismert és fennebb említett esetben — csak az elválasztás után jelentkezett, annál is inkább, mivel a szoptatás idejét illető tetania észleletet hazánkra vonatkozólag még egyáltalában nem közöltek.³

III. Herpes zoster terhesnél.

A nemi szervek megbetegedései és a bőr működési zavarai között fennálló kapcsolat már rég óta felhívta úgy a gynaekologusok, mint dermatologusok figyelmét. Ezen összefüggés majdnem kizárólag olyan irányban nyilvánul, hogy a nemi szervek betegségei befolyásolják a bőr viselkedését.⁴

Mint ezen összefüggés legegyszerűbb példáit a rendes havi vérzés idején fellépő bőrelváltozásokat szokás említeni; még szembe-tünőbbek azok, melyek dysmenorrhoeás zavarokkal társulnak. Legvilágosabb példáit eme kapcsolatnak azonban a terhesség alatt fellépő bőrelváltozások szolgáltatják, hiszen már a physiologiai határokon belül szabályosan jelentkeznek festeny felhalmozódások (linea brunea, uterinalis chloasmák, stb.); az élettani sorompókat átlépő elváltozások között leggyakoribb a herpes és a pruritus.⁵

Ebbe a csoportba szokás az eczemákat is sorolni, azonban valószínűnek látszik, hogy ezek nagyobb részt nem közvetlenül a fennálló terhességnek, hanem csak általa előidézett rendellenes állapotoknak (pl. logó hasnak) a következményei.

A mi a terhesség kapcsán fellépő herpeseket illeti, úgy látszik, hogy minden válfajukkal szerepelhetnek ugyan, azonban herpes zosterre vonatkozó feljegyzések csak elvétve találhatók.

A zoster kóroktanáról általában szólván, említik ugyan egyes szerzők a terhességet is (*Purjesz*⁶, *Taufer Emil*⁷), de közelebből az összefüggést, a mennyire ezt a rendelkezésemre álló számos bőrgyógyászati munka átnézése után is kivehettem, csak *Freymann*⁸ méltatta, kitől a *herpes zoster graviditatis* elnevezés is származik.

¹ Frankl-Hochwart. l. c. 108. l.

² Citálva Frankl-Hochwart. l. c. 105. l.

³ l. Temesváry. A tejelválasztás és szoptatás élet- és kórtanának kézikönyve. 191. 698. lap.

⁴ Müller: Die Krankheiten des weiblichen Körpers stb. 457. l.

⁵ Müller's Handbuch der Geburtsh. II. k. 946. lap.

⁶ Purjesz: A belgyógyászat tankönyve. III. kiadás, II. 594. l.

⁷ Bókai-Kétyi-Korányi: A belgyógyászat kézikönyve. V. 887. l. („*Trophoneurosisok*”).

⁸ Petersburger med. Zeitung. 1876. citálva Neumann Lehrbuch d. Hautkr. V. kiadás. 197. l.

Idevágó észleletünk N. E. 21 éves haj. eselédre vonatkozik, ki első tisztulását 15 évvel kapta meg, ismétlődés 4 hetenként 1 heti tartammal, bő mennyiséggel, vérzés előtt és alatt alhasi fájdalmakkal. I. Gr. Utolsó vérzésének, valamint először érzett magzatmozgásnak idejét nem tudja. Méhfenék állása 38–40 hétnek megfelelő. Élő magzat, I. kop. tart.-ban. Terhessége alatt eddig jól érezte magát, múlt év október 15-dikén nyaka balfelének heves égetéséről, viszketéséről kezdett panaszkodni, a mit semmi objectív elváltozással sem magyarázhattunk. 2 nappal később a nyak balfelének alsó részén több nagy mandulányi, ovalis, élesen határolt piros folt jelentkezett. Másnapra ezek mellett, továbbá a bal kulcsesont feletti árokban is hasonló újabb foltok léptek fel, a régebbieken pedig apró kölesnyi-borsónyi zavaros bennéssel telt hólyagcsák képződtek. 2 nap múlva a hólyagcsák képződése befejeződött. A legkorábban keletkezettek pörkösödésbe mentek át.¹

A leírt csoportok most a tarkón kezdődve, kizárólag a nyak balfelére szorítkozva húzódtak oldalt előre egészen a kulcsesont alatti árokig, tehát úgy megjelenési módjukban, mint elhelyeződésükben megfeleltek egy *herpes zoster cervico-subclavicularis*nak.

A szülés a bántalom kezdete után 6. napra következett be, rendes lefolyással. (Élő leány, hossza 48.5 cm., súlya 2980 gm. bőrén semmi eltérés.) A szülés és a gyermekágy a bántalom további menetét nem befolyásolta. A gyógyulás a szokásos módon haladt előre, a szülést követő 15. napon a pörkők már mind leváltak s helyüket csak a bőr elütő színeződése mutatta.

A herpes zostert ma már általánosan a „trophoneurosisok“ közé sorolják, a talált vagy feltételezett ideg-elváltozások azonban csak a pathogenesist ismertetik, a tulajdonképeni kóroktan, vagyis ezen elváltozások előidézője, külön kutatandó. Messze terelne dolgozatomtól, ha erre a kérdésre részletesen akarnék kiterjeszkedni, meg kell elégednem annak keresésével, hogy mennyiben hozható esetünkben az észlelt bőrelváltozás a terhességgel kapcsolatba.

A herpes zoster okai gyanánt említett csigolya-bántalmakat, borda-, mellhártya-, tüdőbántalmakat, malariát, szénéleg-, arsenmérgezést biztonsággal kizárhattuk. Neuralgás tünetek a herpest sem meg nem előzték, sem nem kísérték. A herpes zoster magyarázatánál — azon csoporton kívül, melyben az okot egyáltalában nem lehet megtalálni — a felsoroltakon kívül csak a menstruációt és terhességet szokás említeni.

Ha nem akarjuk eleve azt állítani, hogy ezen utóbb említett csoportba tartozó herpes esettel állunk szemben, a mely véletlenül egy terhes nőnél jelentkezett, nem zárkozhatunk el ama gondolat elől, hogy a szóbanforgó bántalom a terhességgel összefüggésben lépett fel. Azt, hogy csak a terhesség végén, mondhatni utolsó napjaiban mutatkozott, még nem lehet ellenbizonyítékul felhozni, más idegbántalmaknál is észlelhetjük azt, hogy állandó inger mellett is az ingerület csak mintegy a behatás cumulációjával jut kifejeződésre. Így pl. a trigeminus állandó nyomása esetén is csak rohamokban jelentkezik az összeszorított ideg zsábája, vagy hogy egy még közelebbfekvő példára hivatkozzam, csigolyacariesnél sem lép fel a zoster-kiütés mindig és rögtön, mihielyt a lobos folyamat az illető idegrészlethez elérkezett.

Kétséget kizárólag bebizonyítva, hogy tényleg a terhesség okozta a leírt *herpes zostert*, természetesen csak akkor láthatnánk, ha a most először terhes nő esetleges újabb terhességei alkalmával a szóbanforgó bántalom is ismételtelen jelentkezne.

Közlemény a Szt. István-kórház VI. orvosi osztályáról. (Főorvos: Korányi Sándor dr. egyetemi tanár.)

A cytodiagnosis értéke mellúri izzadmányoknál.

Irta: Elfer Aladár dr.

(Vége.)

Eredményeinket ha átvizsgáljuk és kapcsolatba hozzuk az ezen irányú vizsgálatokkal, melyeket állatokon végeztek, élenként áthatjuk a szembeötlő összefüggést. A cytodiagnosis sarkalatos

¹ Ezen stadiumban bemutatta szerző az „Erdélyi Múzeum-Egylet“ orvostermészettudományi szakosztályának 1901. október 19-dikén tartott orvosi szakülésén.

tétele hogy a tuberculosus izzadmányok morphologiai képét a kis lymphocyták képezik. Vizsgálataink igazolják, hogy uralkodó kis lymphocytikus kép egyébfajta idült gyulladásnál is előjöhethet. Hivatkozhatunk a kísérleti ellenőrző vizsgálatok egész sorozatára, melyek közül külön említést érdemel *Holscher* oly irányú kutatása, melyben a valódi tuberculosus és a különböző vele rokon egyéb saválló bakteriumok között fennálló különbségeket igyekezett felderíteni azáltal, hogy tengerimalacok hasürébe a különböző fenti bakterium emulsióit fecskendezte be. Az általuk előidézett gyulladás morphologiai képe kezdetben azonos volt, a mennyiben az uralkodó kép mindig a polynuclearis sejtforma volt, de már 20 óra múltán a valódi tuberculosus-bakterium által előidézett gyulladás morphologiai képe megváltozott s a polynuclearis sejtesoportot a leváló endothel sejtkepletek foglalják el, a pseudotuberculosus-bakterium által előidézett exsudatiónál a polynuclearis sejtforma állandó maradt és az endothelsejtek tömegesebb fellépése csak rövid ideig tartott.

Hogy egyéb toxikus avagy bakteriumos hatás folytán létrejött exsudatio képe, a gyulladás lefolyásának megfelelőleg, mennyiben változik meg, mutatják *Almkvistnek* legújabbban ismertetett vizsgálatai. Ő a valódi és áldiphtheriás bakterium culturáit fecskendezte be a kísérleti állatok (nyulak) bőre alá és ezen kétféle módon praeparált nyúl serumát külön-külön diphtheriás és pseudodiphtheriás bakterium culturáival keverten tengerimalacok hasürébe fecskendezte. Az injectio utáni 3 órai időtartam alatt 10–20 percznyi időközökben vizsgálta a gyulladás termékeit. Az exsudatum nyérése czéljából óvatosan került minden oly erősebb beavatkozást, mely a hasürben vérzést eredményezhetett volna és így tisztán a hasürben talált savó morphologiai képét vizsgálta.

Az első időközben sejt alakelemet nem kapott, de már a második, egy ízben pedig csak a harmadik vételnél mutatkoztak a sejt alakelemek.

Későbbben a sejtelemek mindinkább szaporodnak és a phagocytosis is csakhamar kezdetét veszi. Négyféle sejtformát vesz fel, melyek időbeli megjelenésére vonatkozólag annyit jegyez meg: „Es scheint mir jedoch, als wären die Lymphocyten wenigstens manchmal verhältnissmässig zahlreicher in den früheren, als in den späteren Formen.“ A négyféle sejtforma között természetesen az uralkodó alak a több magvú leukocytá s e mellett előfordul a nagy egymagvú sejthalak, átmeneti sejt és végül a kis lymphocytá.

A mechanikus úton előidézett savós mellhártyagyulladás morphologiai képét *Coenen* vizsgálatai mutatják.

Coenen a nyulak mellürébe aleuronat emulsiót fecskendezett be és az így létrejött gyulladás morphologiai képét vizsgálta oly módon, hogy az állatot 2–4–8 stb. óra múltán ölte le. A gyors fellépése az exsudationak, azonkívül a göresövi vizsgálat azonnali megejtése, megkönnyítették adatainak értékesítését, a mennyiben ily módon kizárta a regressiv elváltozások és a különböző fokú degeneratiók által zavarható képet. Eredményei mutatják, hogy kezdetben az uralkodó sejtformát a polynuclearis-alak képezi, de csakhamar a kivándorló sejtforma minden nemét feltalálta. A savós exsudatio tetőpontját a befecskendezés után 48 óra múltán éri el, a midőn már a fix kötőszöveti sejtekből kiinduló proliferációs folyamat kezd előtérbe lépni, azt azonban nem említi, hogy az apró lymphocyták későbbben szaporodnának s így csakis azon tanulságot vonhatjuk le fenti eredményekből, hogy mily gyors az exsudatio fellépése és hogy a kezdeti kivándorolt sejtformák helyét csakhamar regeneratióra mutató képletek foglalják el.

Ennyiben tehát ezen utóbbi kísérleti sorozat a Vidal által felállított tétel helyességét nem dönti meg, azonban *Coenen* vizsgálatai semmikép sem mutatják az idült gyulladás lefolyását, ezek inkább a bejuttatott idegen testecskék ingerlése által előidézett reactiós gyulladás gyors lefolyását mutatják, mely tehát specifikus jellegűnek nem mondható.

Fenti kísérleti sorozatok felsorolásánál láthattuk tehát a tuberculosus, valamint más bakterium, végül pedig a mechanikus behatás folytán létesített acut gyulladás képét morphologiai szempontból tekintve. Az így talált sejtkepleteket azonban nézetünk szerint nem azonosíthatjuk az embernél lefolyó pleuritissnél, avagy más helyen levő fedőburkok lobjánál található sejtformákkal, a

mennyiben fenti vizsgálatok rövid órák lefolyása alatt ejtettek meg, míg ellenben az embertől a legrövidebb idő alatt is meg-ejthető cytodiagnózis hosszas, sokszor napok óta fennálló gyulladásos folyamat eredményét tárja fel előttünk, a midőn az activ módon odavándorolt sejtelelemek, a leváló fedőhámok, az átalakuló, degenerált — legkülönbözőbb morphologiai képet mutató — sejtelelemek, a phagocytotikus képletek egész halmazát láthatjuk magunk előtt, a hol bizony a legalaposabb kutató is akad oly formákra, melyek eredetét nem tudja, beosztását adni nem képes.

Ily körülmények között nézzük azon vizsgálatokat, melyek az idült lefolyású lobokra vonatkoznak.

* * *

Ribbert az idült gyulladásos folyamatoknál az apró egymagvú sejtek jelenlétét tartja jellegzetesnek, származtatja pedig ezen sejtképleteket a szövetekben már úgy is jelenlevő kis lymphomák hyperplasiájából. *Kostenitsch* és *Wolkow* idült loboknál egymagvú sejtfarmákat találtak, azonban messze térnénk el tárgyunktól, ha a sarjszöveteknél, plasmosomáknál előjövő sejtfarmákra kitérnénk, annál is inkább, mert ezek jellege, osztályozása ma is vita tárgyát képezi.

Feldolgozott anyagunk mindenestre a mellett bizonyít, hogy az idült tuberculosis exsudatos sejtképe bizonyos jellegzetességet mutat. Eltekintve talált eredményeinktől, feltehetjük ama kérdést, vajon ezen kép csakugyan a tuberculosis-bakterium specifikus hatását tükrözteti-e vissza, avagy pedig egyéb idült lobot fentartó ok is eredményezhetné ezen góresői képet.

Erre vonatkozólag határozottan állíthatjuk, hogy oly exsudatum, melyben az uralkodó képet az egymagvú kis sejtek — melyek a lymphocytá jellegzetes képét és a jelenlegi felfogás értelmében való reactioit adják — egyéb idült gyulladásos folyamatoknál is előjöhethetnek, miképen azt eseteink határozottan igazolják is. Ily körülmények között azonban az egyéb jelenlevő sejtképletekre is figyelemmel kell lennünk, melyek kórisménk felállításában irányítóul szolgálhatnak.

Heveny gyulladásos folyamatoknál, ha csak a morphologiai szempontot vesszük tekintetbe, senki sem gondolhat az előidéző okra következtethető jellegzetességre.

Hiszen sokan elismerik, hogy tuberculosis-bakterium által előidézett gyulladásos kép a közönséges leukocytosis, genyedés képét mutathatja, a nélkül, hogy ezt egyéb mikroorganizmus vagy toxin behatására vezetnők vissza. (Pappenheim.)

De viszont az is szembeötlő, hogy a tuberculosis-bakterium által előidézett gyulladásos folyamat kis egymagvú sejt beszűrődéseket mutat, avagy pedig, hogy csak a tuberculin-befecskendése által előidézett — állítólagos — lymphocytosis kérdésről említsem, mindig oly momentumok, melyek a tuberculosis-bakterium által előidézett idült savós pleuritisek tipikus góresői képénél a specificitás kérdését előtérbe állíthatják.

Mindenestre ezen kérdés megoldására vár, annál is inkább, mert ily gyulladásos folyamatoknál a sejtkivándorlás nem a vérben túlsúlyban levő sejtelelemek aránylagos activ szereplése folytán történik, mint ezt *Neumann* és *Strauss* vizsgálatai is igazolják, kik lymphatikus leukaemiánál a bőrfelületen hólyagházókkal előidézett savós gyűlemben csakis polynuclearis sejthalakokat találtak. Továbbá pedig határozottan tuberculosis egyénekénél, a hol a specifikus hatás kérdése szerepel, localis gyulladásos folyamatoknál szintén a polynuclearis sejtfarmát láthatjuk uralkodó kép gyanánt.

Mi is vizsgáltuk pl. nyaki mirigy-tuberculosisban szenvedő nöbetegnél a történetesen fellépő herpes zooster savótartalmát morphologiai szempontból. A góreső alatt a felismerhető sejthalakok közül nagy egymagvú, durván szemesezett protoplasmával bíró sejtfarmákat, továbbá polynuclearis alakokat láthattunk, lymphocytikus képet még a későbbben vett savóban sem találtunk. Szóval mind oly tények, melyek a specifikus tuberculosis-chemotaxis keretébe be nem illeszthetők.

Összefoglalva eredményeinket, állíthatjuk, hogy az idült tuberculosis exsudatumok góresői képét fentiek alapján mi is jellegzetesnek tartjuk, különösen a lymphocytikus jelleg jelenléte és a regressiv elváltozások hiánya alapján.

Egész heveny gyulladásoknál az ellentét elmosódottabbá

válhatik és csakis a lefolyás és a többszörösen megejtett vizsgálat adhatják meg a feleletet. Megjegyzendő, hogy a heveny tuberculosis izzadmányok igen gyorsan mutatják az idült egyéb természetű gyulladásokhoz hasonló képet és feltéve, hogy valamely vegyes fertőzés közbe nem jő, előttünk áll az exsudatio lymphocytikus jellege az egyéb sejtfarmák mindinkább való csökkenésével s így, ha csakis a morphologiai szempontot vennők tekintetbe, úgy a kétféle természetű exsudatio jellegét a pleurális fedőhámok bővebb jelenléte és egyéb esetleges sejtfarmák ottléte határozza meg s mindenestre előállhat oly kép is, mely az elkülönítő kórismézést egyáltalában nem, vagy pedig az egyéb körülmények számbavételével is csak a legnagyobb körültekintéssel engedheti meg.

Ezek alapján részünkről azt a nagy fontosságot, melyet a francia iskola a gyulladásos termékeknek morphologiai szempontból való vizsgálatából vél elérni, némileg redukálnunk kell, mert lymphocytikus karaktere egyéb nem tuberculosisos természetű gyulladásnak is lehet. De ezzel ellentétben az is áll, hogy az exsudatumok morphologiai jellege a külső körülmények tekintetbe vételével — sok esetben — lényegesen elősegít az elkülönítő kórisme felállításában.

Végül legyen szabad köszönetemet kifejezni *Korányi Sándor* dr. egyetemi tanár, főorvos urnak, részint az anyag átengedése, részint pedig azon támogatásért, melyben dolgozásom alatt részesíteni kegyeskedett.

Irodalom. Vidal et Ravaut: Applications cliniques de l'étude histologique des épanchements serofibrineux de la pleure. Comptes rend. de la société de Biologie, Paris. 1900. — Vidal et Ravaut: Cytologie des épanchements des séreuses. La presse méd. 1901. — Dopfer: Cytologie des épanchements de diverses séreuses. Soc. méd. des hop. 1901. — Barjon et Lessueur: A propos des pleuresies serofibrineuses dite d'origine traumatique. Lyon méd. 1901. — Barjon et Cade: Examen cytologique des épanchements pleureux. Lyon méd. 1901. 32. — Tuffier et Milian: Cytodiagnostic de la peritonite tuberculeuse et des cystes de l'ovaire. Soc. de biologie. 1901. — Dieulafoy: Comment savoir, si une pleuresie serofibrineuse franchement aigue est ou n'est tuberculeuse. La semaine méd. 1902. — Bard: Les formes cliniques de la pleuresie aigue tuberculeuse. La semaine méd. 1902. — A. Vermorel: Recherches anatomiques et experimentales sur l'inflammation pleurale. Paris. 1898. — A. Wolff: Über die active Beweglichkeit der Lymphocyten. Berl. klin. Woch. 1901. — A. Wolff: Gibt es eine active Lymphocytose. Deutsch. ärztl. Zeit. 1901. — A. Wolff: Untersuchungen über Pleuraergüsse I, II, III. Mittheilung. Berl. klin. Woch. 1901–1902. — Ribbert: Beiträge zur Entzündung. Virch. Arch. CL. — E. Ziegler: Über die fibrinöse Entzündung der serösen Häute. Ziegl. Beitr. 1897. — H. Coenen: Die Aleuronatpleuritis des Kaninchens. Ein experimentell. Beitrag zur Kenntniss der Leukocyten in Exsudaten. Virch. Arch. 1901. — A. Hirschfeld: Beiträge zur vergleichenden Morphologie der Leukocyten. Virch. Arch. XLIX. — Patella: Über die Cytodiagnose der Ex- u. Transsudate. stb. Deutsch. med. W. 1902. 11. sz. — Kéty és Torday: Mennyiben értékesíthető a cytodiagnózis a mellüri és hasüri folyadékok természetének elbírálásánál. Orvosi Hetilap. 1902. 42–45. sz. — Hölscher: Über die Differenz der histologischen Wirkung von Tuberkelbacillen und anderen diesen ähnlichen säurefesten Bacillen. Münch. med. W. 1901. — H. Pappenheimer: Weitere kritische Ausführungen zum gegenwärtigen Stand der Plasmazellen-Frage. — J. Almkvist: Ueber die Emigrationsfähigkeit der Lymphocyten. Virch. Arch. 1902.

A rhinogen agytályog.

Irta: *Paunz Márk* dr.

(Vége.)

A gócztünetek a homloklebeny tályogjainál aránylag alárendelt szerepet játszanak. Tudjuk, hogy a homloklebeny nagyfokú ronesolásai avagy daganatai rendszerint nem okoznak gócztüneteket. Ugyanez áll a tályogra nézve is, a rhinogen tályogra nézve annyival inkább, mert ez legtöbbször a homloklebeny mellső és basalis tekervényeiben fejlődik ki. Csak ha a tályog igen nagy és a homloklebeny hátsó felére is kiterjed, jönnek létre motorikus zavarok, vagy közvetve az által, hogy a tályog nyomása avagy az őt környező lobos oedema és lágyulási zona által váltja ki e zavarokat, vagy közvetlenül a tályognak a motorikus centrumokra való áttérjedése által. Leggyakrabban észlelhető az ellenoldali facialisnak és felső végtagnak hűdése és ha a tályog a bal harmadik tekervényre lokalizálódik, beszédzavar (aphasia motorica). Sokkal gyakrabban észleltek olyan általános jellegű tüneteket, melyek a pontos lokalizálásra fel nem

használhatók, úgymint contracturákat (*Bousquet*), görcsöket határozatlan jelleggel (*Begbie, Schindler, Treitel, Koebel, Stenger*), ellenoldali paresist (*Jacobasch, Treitel*), mindkétoldali paresist (*Wertheim*). Beszédk zavart észlelt *Schindler*. Ez esetben a tályog, mely a bal homloköblből fejlődött, a bal homoklebeny II. és III. tekervényére terjedt ki. Tökéletes motorikus aphasiát észlelt *Wallenberg*. Itt az intracranialis fertőzés szintén a bal homoköblből indult ki és körülírt meningitis suppuratívát okozott, mely főként a bal homoklebeny I. és II. tekervényeinek hátsó részén, a III. tekervényen és a mellső gyrus centralison képezett vastag genyfelrakodást. Nagyobb genygyülem volt a fossa Sylvii-ben is. *Krecke* esetében a diónyi tályog, mely a bal ventriculusba tört és leptomeningitis-szel és extraduralis tályoggal volt kombinálva, sohasem okozott tüneteket. Az 58 éves nő, a ki már gyermekkorában szenvedett orrbajban és 14 éves korában orrpolypusok miatt műtétet állott ki, sohasem szenvedett még fejfájásban sem, csak ideges volt.

Számos esetben a kísérő meningealis tünetek zavarják a képet. Tarkómerevség elég gyakran észlelhető. Megvolt a *Herzfeld* által sikerrel operált esetben is.

Bár általában igen nehéz a homoklebeny bántalmainak kórismézése, mégis a rhinogen agytályognál sokkal könnyebben fogjuk a diagnosist felállíthatni, mint a homoklebeny daganatainál. Az agytályog diagnózisának alapját az aetologia képezi (*Oppenheim, Bergmann*). Ismervén a geny forrását, a tályogot annak közvetetlen szomszédságában kell keresnünk. Mindazonáltal lehetnek olyan zavaró mellékkörülmények is, melyek hiba elkövetését szinte elkerülhetetlenné teszik. *Koebel*-t a jobboldali otitis media suppurativa a középfül radikális műtétére csábította, holott a keresett agytályog, mely tyúktójsányi volt, boncsolásnál a jobb homoklebenyben találtatott, a hol a jobboldali homloköblből empyemájának áttörése által fejlődött. *Stenger* esetében a fennálló terhesség és a közbejött szülés zavarta a képet. A 20 éves leányt, kinek felső szemhéján levő tályogját ambulanter nyitották meg, a gyermekágy befejeztével, bár két ízben is voltak epileptiform görcsei és a felső szemhéj sipolya sem gyógyult be, elbocsátották. Azonkívül itt is otitis media suppurativa állott fenn. Némely esetben a betegek már oly súlyos eszméletlen állapotban kerülnek észlelés alá, hogy csakis a boncsolás adhat kellő felvilágosítást.

Ha felállítottuk az agytályog diagnózisát, úgy annak kiűritésére is kell törekednünk. A meddig genygyülemek kiűritése lényeges és elvitázhatatlan feladatát fogja képezni a műtősebésznek, mindaddig a koponyaüregebe zárt genyek eltávolítása is méltó célját kell képeznie, mondja *Bergmann*. Nem szabad várnunk a geny spontán áttörésére, a mint az traumatikus eredetű és fülből kiinduló agytályogoknál itt-ott előfordult. Ez rhinogen tályognál is lehetséges a homloköblből és rostaesont áttörési helyein. *Begbie* esetében a homoklebeny tályogja az átfúrodott rostaesonton át szabadon közlekedett az orrüreggel. Agytályognál, ha csak a sebész idejekorán közbe nem lép, halál a rendes végeredmény (*Bergmann*). A halál a tályog növekedésével folyton fokozódó agynyomás következtében, az ezzel járó, mindinkább súlyosbodó hűdési tünetek között következik be, vagy még gyakrabban a tályognak az agyburkokba vagy az agygyomrocsokba való áttörése folytán áll be a megfelelő meningealis tünetek között.

A rhinogen agytályog megnyitása annyival inkább kötelességünk, mert a gyógyulási kilátások, ha a beavatkozás elég korán történik, úgy a tályog feltárása, mint a betegek későbbi sorsa, munkabírása szempontjából, elég kedvezők. Az első sikeres műtétet *Denker* végezte 1893-ban. A 17 éves kéményseprőnél a bal fronto-ethmoidalis üregek empyemája per vias naturales eredménytelenül kezeltetvén, a homloköblöt kívülről nyitotta meg. A kezdetben javuló állapotot egy hét múlva agynyomási tünetek váltották fel. Ezért, bár a homloköblből hátsó fala épnek látszott, a koponyaüreg megnyitása inkább a homloköblből oldalsó részében történt, miután ott volt a fájdalom a leghevesebb. Extraduralis tályog, feszes, finom sarjakkal fedett dura mater, a miért ez felhasított. A második beszúrára 25 kem. bűzös, szürkésbarna geny ürült. Teljes gyógyulás a bekövetkezett agyprolapsus eltávolítása és

esontplastica után négy hó alatt. Beteg azóta teljesen egészséges, munkaképes, nem feltűnő heggel. *Rafin* esetében (1896) csak ismételt beavatkozások után következett be a gyógyulás. 1901-ben *Herzfeld* operált egy esetet, melyben a bal homloköblből hátsó falán levő perforatio által jött létre a homoklebeny tályogja. A gyógyulás 5 hét alatt következett be. Egy-egy gyógyult esetről tud beszámolni *Killian* és *Luc* is.

A műtési eljárásról nincs sok mondani valónk. Legjobb a homloköblből mellső falát *Kuhnt* szerint teljesen eltávolítani, a mint azt ilyen esetekre *Bergmann* is ajánlja. Ha a homloköblből hátsó falán áttörés van, azt kell követnünk, ügyelve az esetleg jelenlevő extraduralis tályogra. A hátsó fal teljesen eltávolítandó, a mit akkor is meg kell tennünk, ha nincsen rajta perforatio. Ha a dura feszes, nem pulzál, jogunk van óvatos próbapunctiót végezni. Ha a dura pulzál, még ha találtunk is extraduralis tályogot, várnunk kell, hogy nem szűnnek-e meg az összes agynyomási tünetek. Ilyenkor punctiót végeznünk nem szabad, mert magunk olthatunk be a genyvel fertőzött sinusból agytályogra vagy meningitisre vezető anyagot. Ha a durán sipoly van, a mint azt többször találták, azt fel kell tární és az agytályog akadálytalan kiürülését elég széles feltárás által biztosítanunk. Ezt a pozitív probapunctio esetén is meg kell tennünk. Az agytályog utókezelése, nemkülönben a bekövetkező agyprolapsus gondozása a legnagyobb tisztasággal és körültekintéssel a szokásos módon végzendő. A prolapsus eltávolításával nem kell sietnünk.

Még néhány szó a rhinogen agytályog prophylaxisáról. A rhinologus feladata a baj korai felismerése, helyes felfogása. De fontos ez a szemészekre nézve is egyrészt azért, mert sok eset az orbita phlegmoneja miatt először hozzájuk kerül és másrészt, mert a szemtűkör segítségével a legfontosabb tünetek egyikét hamar felismerhetik. Ma már hibának kell felrónunk, ha az ilyen esetek heteken át ambulanter kezeltetnek, a mint az nem egy esetben történt. A rhinologia immár szépen fejlődő diagnostikájával és a melléküregek genyedő folyamatainak mindinkább sikeresebbé váló kezelésével sokat tehet nagyobb bajuk elhárítása szempontjából. De a rhinologus feladata megállapítani azon határokat is, melyeken túl az expectativ eljárással vagy a melléküregek genyedéseinek per vias naturales való kezelésével mennünk nem szabad. Ezen határok épen a homloküregre nézve nagyon korlátozottak. Nem lehet ezen eseteket mind az orron át gyógyítani. De nem is veszély nélküli ez sem. Már *Lasfranc* hangsúlyozta, hogy egyszerű polypus eltávolítása is okozhat meningitist. *Dreyfuss* több idevágó eset között a homloköblöt illetőleg felemlíti, hogy *Weigert* bemutatót oly bonczleletet, melynél a sinus frontalis teteje átfúratván, halálos meningitis fejlődött ki. Az endonasalis túlbuzgóságot a koponyaüregben talált methylenkék árulta el. A tragikum magaslatára emelkedik ama párisi rhinologus önbizalma, a kiről *Grünwald* tesz említést. A saját supponált frontalis empyemáját éles kanállal az orron át akarván megnyitni, a koponyaüregbe jutott, önkezelével idézve elő a halálos agyhártyagyuladást.

Tekintve azt, hogy épen a fronto-ethmoidalis üregek genyedései a legveszélyesebbek — *Engelmann* 120 sinus frontalis empyema között 5 cerebralis complicatiót mutat ki —, tulságosan conservatíveknek ezen esetekkel szemben lennünk nem szabad.

A rhinogen agytályog csak kis töredékét képezi ama nagy jelentőségű fejezetnek, mely az agynak az orrból eredő fertőzéseiről szól. *Strümpell* utalt először arra, hogy a meningitis cerebrospinalis epidemica talán az orrból kiinduló fertőzés következménye. Őt ezen gondolatra ama körülmény vezette, hogy *Weigert* többször találta boncsolásnál a felső orrjáratok genyes gyulladását. Több ilyen esetben *Strümpell* kifejezett szaglási zavart tudott klinice megállapítani, nemkülönben azt is tapasztalta, hogy a meningitis cerebrospinalist sokszor heveny nátha előzi meg. Határozottabb alakot öltött e felvétel *Weichselbaum* bonczleleteiben, a ki azt is kimutatta, hogy ugyanazon bakteriumok, melyek a lágy agyburkok genyedő gyulladását okozzák, az orr melléküregeiben és a dobüregben talált genyben is kimutathatók. Az összefüggés ma már kétségtelen. Alig foglalható már össze az irodalomban közölt számos eset, melyekben a meningitis suppurativa kifejlődése egyenesen az orrüregre és melléküregeire vezethető

vissza. Ha talán túlzottnak látszik is *Dreyfuss* ama követelése, hogy minden heveny fertőző betegségnél orrvizsgálatot végezzünk, mégis igaz *Hajek* ama meggyőződése, hogy az agy fertőzései sokkal gyakrabban származnak az orrból, mint azt általában feltételezzük. Hogy nem hódított még nagyobb tért a felfogás, annak oka az, hogy meningitisben és agytályogban elhaltak boncolásánál azelőtt csak ritkán méltatták kellő figyelemre az orrüreget és melléküregeit. Ez kiderül *Wertheim* statistikájából is, mely 10,394 bonczjegyzőkönyvből készült. Ezek között összesen 127 intracranialis genyedés szerepel, melyekből 53 a középfülből, 6 pedig az orrüregből indult ki; ellenben 60-nál egyáltalán nincs megjelölve az intracranialis fertőzés forrása. Idiopathikus genyedések nincsenek. Valamint a hasüregben, a bóraltati kötőszövetben vagy bárhol másutt a szervezetben fellépő genyedések, épúgy az agynak és burkainak genyedő folyamatai is valamely fertőzésnek következményei. Nagy és fontos feladatok megoldása vár még klinikus szempontból a rhinológiára, de nem nélkülözheti ezen törekvésében a kórboncztan hathatós támogatását. Csak ha a fertőzések forrásait és tovaterjedési módjait ismerjük, lehet szó helyes és tervszerű gyógyításról.

Irodalom. 1. *Paulsen*: Caries in der Wund des Sin. front. etc. Hosp. Tidende. 1861. 12. sz. Cit. Schmidt's Jahresbücher. 1862. CXIV. kötet. — 2. *H. Maas*: Zur Casuistik u. Ther. der Gehirnabscesse etc. Berlin. klin. Woch. 1869. 13. sz. — 3. *Scholz*: Mittheilungen aus der Bremer Krankenanstalt. Berl. klin. Woch. 1872. 47. sz. — 4. *Jacobasch*: Abscess im vord. rechten Gehirnlappen. Berl. klin. Woch. 1875. 37. szám. — 5. *Bousquet*: Abscès développé dans le sinus frontal du côté droit etc. Le progrès médical. 1877. 51. sz. — 6. *Th. Leber*: Klin. ophthalm. Miscellen. Arch. f. Ophthalm. XXVI. 2. és 3. k. 1880. — 7. *H. Knapp*: Beitrag zur Pathologie der Stirnhöhlen. Arch. f. Augenheilk. 1880. IX. k. — 8. *Strümpell*: Zur Pathologie u. path. Anatomie der epidemischen Cerebrospinal-Meningitis. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXX. k. 1882. — 9. *Schäfer*: Fall von ulceröser Entzündung im Bereiche der rech. Sieb. beinhöhle etc. Prager med. Woch. 1883. — 10. *Weichselbaum*: Bakteriologische und anatom. Untersuchungen über die Influenza u. ihre Complicationen. Wien. med. Woch. 1890. 6. sz. — 11. *Ortmann u. Samter*: Beitrag zur Localisation des Diplococcus pneumoniae (Fraenkel). Virch. Arch. 1890. 120. k. — 12. *Redtenbacher*: Hirnabscesse und Eiterung im Sin. front. nach Influenza. Wien. med. Blätter. 1892. 13. sz. — 13. *Köhler*: Charité-Annalen. Berlin. 1892. 333. l. — 14. *Zirm*: Exophthalmus und Thrombose der Hirnsinus. Wien. kl. W. 1892. 26—28. sz. — 15. *J. Hoppe*: Beitr. z. Erkenntniss der Erkrank. d. Sin. front. Klin. Monatsblätter für Augenheilk. 1893. — 16. *Krecke*: Beitr. z. Path. u. Ther. des chron. Stirnhöhlenempyems. Münch. med. W. 1894. 51. sz. — 17. *L. Müller*: Über Empyem des Sin. front. u. ethmoid. Wien. klin. W. 1895. 11—13. — 18. *Wallenberg*: Empyem des link. Sin. front. Neurol. Centrbl. 1895. 20. sz. — 19. *Westermayer*: Aerzt. Verein Nürnberg. IX. Sitz. 1895. Münch. med. Woch. 1895. 32. sz. — 20. *Panas*: Empyème du sinus max. etc. Bull. de l'Acad. de méd. 1895. Cit. Schmidt's Jahresb. 1895. 247. k. — 21. *Dmochowski*: Beitr. z. path. Anat. und Aetiologie der entzündl. Processe im Antrum Highmori. Arch. f. Laryng. und Rhinologie. 1895. — 22. *Kuhnt*: Über die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhle u. ihre Folgezustände. Wiesbaden. 1895. — 23. *L. Grünwald*: Die Lehre von den Nasenerkrankungen. Münch. 1896. — 24. *R. Dreyfuss*: Die Krankheiten des Gehirns u. seiner Adnexe im Gefolge von Nasenerkrankungen. Jena. 1896. — 25. *Treitel*: Über Hirnerkrankungen nach Nasenerkrankungen. Berl. med. Gesellsch. Sitz. v. 2. Dez. 1896. Berl. kl. Woch. 1896. 51. sz. — 26. *Heimann*: Ein Fall v. eitriger Entzündung der Highmor- und Stirnhöhle. Virch. Jahresb. 1897. — 27. *Oppenheim*: Die Encephalitis u. der Hirnabscess. In Nothnagel's Spec. Path. u. Ther. IX. k. II. rész. Wien. 1897. — 28. *Hajek*: Path. u. Ther. der entzündl. Erkr. der Nebenhöhlen d. Nase. Leipzig u. Wien. 1899. — 29. *E. v. Bergmann*: Die chir. Behandlung von Hirnkrankheiten. Berlin. 1899. — 30. *Koebel*: Über Combination von Otit. med. mit rhinogen. Gehirnabscess. Beitr. z. klin. Chir. 25. k. 1899. — 31. *Denker*: Rhinogener Frontallappenabscess und extradural. Abscess in der Stirngegend, durch Oper. geheilt. Arch. f. Laryng. u. Rhin. X. k. 1900. — 32. *E. Wertheim*: Beitr. zur Path. u. Klin. der Erkrank. der Nasennebenhöhlen. Arch. f. Laryng. u. Rhin. XI. k. 1900. — 33. *Henry Luc*: Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales et leurs complications intracraniales. Paris. 1900. — 34. *G. Killian*: Die Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. P. Heymann's Handbuch der Laryng. u. Rhin. Wien. 1900. III. k. 2. f. — 35. *Herzfeld*: Rhinogener Stirnlappenabscess, durch Operation geheilt. Berl. klin. W. 1901. 47. sz. — 36. *Stenger*: Gesellschaft d. Charité-Ärzte. Sitzungsber. v. 15. Febr. 1900. Berl. kl. W. 1901. 23. sz. — 37. *K. Jassniger*: Der Pneumococcus Friedländer als Erreger der eitrigen Meningitis cerebrospinalis. Cbl. f. Bakt. etc. 1901. XXX. k. 1. sz. — 38. *Minich Károly*: Osteomyelitis tuberc. bas. cranii, atroph. ex compress. nerv. optic., meningit. basilaris. Köz-kórházi orvostársulat 1901. évkönyve. 67. l. — 39. Versamml. süddeutscher Laryngologen. Heidelberg, 27. Mai, 1901. Sitzungsber. in Semon's Cbl. f. Laryng. u. Rhin. XVIII. k. 5. sz. — 40. *L. Krauss u. G. Killian*: Die Killian'sche Radicaloperation chron. Stirnhöhlenerkrankungen. Archiv für Laryng. u. Rhin. XIII. k. 1902.

T Á R C Z A.

Markusovszky-féle egyetemi jubiláris előadások.

(III. előadás 1903. február 25-dikén.)

(Oldatok fagyáspontesökkenésének és forráspontjuk emelkedésének meghatározása. Beckmann-féle cryoskop. Eykmann-féle depressimeter. Beckmann-féle ebullioskop. Nernst-készülék. Colloid-anyagok osmosis-nyomása. Vries-féle plasmolysis. Hamburger és Hedin módszere, a vörös vörsejtek osmosisa. Liebermann és Bugarszky a fehérje és sósav fagyáspontjának meghatározásáról. Korányi Sándor a vér osmosis-nyomásáról.)

Február 25-dikén Than Károly ismertette a módszerek lényegét, a melyekkel az oldatok fagyáspontesökkenését és a forráspont emelkedését aránylag egyszerű észlelésekkel meg lehet határozni. Megmagyarázta a Beckmann-tól e célra ajánlott cryoskop szerkesztését, valamint az Eykmann-féle depressimetert, nemkülönbön a Beckmann-féle ebullioskopot. Ezek a legközönségesebben használt eszközök, és kiemelte, hogy újabban Nernst intézetében oly eszközt szerkesztettek a thermoelemeknek alkalmazásával, melylyel rendkívül hígított oldatoknak fagyáspontesökkenését az eddigieknél sokkal pontosabban lehet meghatározni. Ez eszközzel végzett kísérletek bizonyítják a Van't Hoff-féle törvény szigorúságát, mely a közönséges eljárások szerint csak megközelítő.

Ezután előadó kísérletekkel bizonyítva kimutatta, hogy az enyv, a fehérje stb., úgynevezett colloid-anyagok, osmosis-nyomása elenyészőleg csekély; és hogy megalvadt állapotban e nagy molekula-súlyú anyagok, a kis molekulasúlyú krystalloidok oldatára nézve áteresztők, ellenben a colloidok oldatára nézve nem azok, tehát hemipermeabilisok. A mondotakból következik, hogy a colloid-anyagok észrevehetően alig befolyásolják a krystalloid-anyagok oldatának fagyáspontesökkenését. Ismertette továbbá a physiologiai módszereket az osmosis-nyomás meghatározására, nevezetesen a de Vries-féle plasmolysist, továbbá Hamburger és Hedin módszereit, melyek a vörös vértestecskék osmosisos sajátágaira vannak alapítva.

Mindezekből kiderül, hogy az élő szervezetekben félig áteresztő hártályak léteznek, melyek a fent kifejtett törvényeknek vannak alávetve. Minthogy a sejtekben és nedvekben az enzimek és az oxydatio befolyása alatt a complex colloid-vegyületek szünnet nélkül egyszerűbb krystalloid-anyagokká hullanak szét, ekként az élő szervezetben az osmosis-nyomás folytonosan növekszik. Az így keletkező nyomáskülönbségek kiegyenlítése következtében szünnet nélkül áramlatok keletkeznek és ez egyik fő oka, az anyageserére nézve olyannyira fontos nedvek mozgásának az élő szervezetekben. Előadó kiemelte Liebermann és Bugarszky vizsgálatait, melyekben a fehérje, a sósav és a natronlúg elegyeinek fagyáspontját határozták meg. Ezekből az a physiologiai tekintetekben fontos tény következik, hogy a fehérje sósavval és natronlúggal híg oldatokban is vegyül, ellenben a konyhasóval nem.

Végül röviden Korányi Sándor vizsgálatainak eredményét ismertette, melyek szerint a normalis vér fagyáspontesökkenése 0.56°, a húgyé pedig 1.3—2.2°. A vér osmosis-nyomása e szerint mintegy 6.7 atmosphaera, a húgyé átlag 21 atmosphaera. Mikor a vese 1 liter húgyot választ ki, mintegy 185 kgm.-meternyi munkát végez. Ha kóros állapotban a vesék hiányosan működnek, ez abban is nyilatkozik, hogy a vér fagyáspontesökkenése növekszik. Korányi S. szerint, ha a vér fagyáspontesökkenése meghaladja a 0.57—0.58°-ot, ez biztos jele a vesék hiányos működésének. Ebből érthető az ilyenmű megfigyeléseknek diagnostikai nagy jelentősége.

A dermatologia helyzete az egyetemi oktatásnál a gyakorlati orvospézés szempontjából.

(Folytatás.)

Lassar el is kesereg ezen a mult évben tartott II. brüsszeli nemzetközi conferentia alkalmával, és azt tanácsolja, hogy első sorban a sajátot igyekezzünk megnyerni, a melynek feladata lenne, hogy azt a semmivel sem indokolt idegenkedést, a mely irtózik a „syphilis” szó kimondásától és ilyen kissé kényes dolgok szellőztetésétől, a közönség körében megszüntesse, a mennyiben mindig sürűbben és sürűbben jelenének meg apró jegyzetek a venereás bántalmakról, pl.: „az utolsó évben Brüsszel városában syphilis következtében . . . ember halt meg”.

„Nagy Britanniában és Irlandban kánkós fertőzés következtében . . . -tól . . . -ig . . . gyermek vakult meg.”

„A Páris melletti X. elmeegógyintézet jelenti, hogy . . . tabes és paralysis progressiva syphilisinfectoria vezethető vissza”.

„X. város nőgyógyászati klinikája jelenti, hogy az összes megbetegedett és az összes operált nők . . . 90%-ka a *Neisser*-féle gonococcus bevándorlása által lett megfertőzve” stb.

Hát ezek elméletben igen szép dolgok, de gyakorlatilag — sajnos — azt hiszem csak nagyon későn lesznek megvalósíthatók. Egy kicsit érnei kell még a közvéleménynek, akkor talán nem fognak többé az említett dolgok abba a kategóriába soroztatni „qui se font, mais ne se disent pas”.

Hiszen mint egy igen jellemző dolgot említhetem, hogy a nagy közönség a brüsszeli conferentia tárgyalásairól alig tudott meg valamit, mert a napilapok alig vettek róla tudomást, és még valódi nevét sem merték kiírni, hanem arról mint egészségügyi, hygienikus stb. conferentiáról beszélték.

Sőt a conferentia, a mely permanentiában marad, és minden

harmadik évben újra összeül, egy egyesületet alapított legnagyobb részt saját tagjaiból a prostitúció assanálására és a venereás bántalmak megcsökkentésére; de ezen egyesület szintén nem meri valódi czímét viselni, hanem a világ előtt „Société internationale de prophylaxie sanitaire et morale“ hangzatos czímen szerepel.

De ne esodálkozzunk azon, hogy a sajtó, a hatóságok, sőt a hivatalos állam is idegenkedik ezen dolgoktól, a mikor — általánosságban mondom — azt látjuk, hogy maguk az egyetemi facultások sem adják meg mindenütt a dermatológiának azt az elismerést és azt a helyet, a melytől méltán megilletné. Azt mondhatnám, hogy idegenkednek attól, azt a többi tudományágakkal egy sorozatba emelni; úgy tűnik fel a dolog, mintha attól félnének, hogy a régi tradíciókon esik ez által csorba. Vagy talán csak azért történik ez, mert akkor az egyetemi oktatás és orvosképzés terén is több helyet kellene a dermatológiának engedni, mint ez jelenleg Európa szerte történik; ez pedig csak bizonyos szerzett jogok rovására történhetné.

Igen érdekes az, a mit e tekintetben a dermatologia egyik nagymestere, sajnos, oly korán elhunyt hazánk fia, *Kaposi* bécsi tanár mond azon referatumban,¹ melyet az I. brüsseli nemzetközi conferentia elé terjesztett:

„Es wäre von diesem Standpunkte aus (t. i. hogy az irányadó tényezők, a facultások szakítsanak már egyszer azzal az előítélettel, mintha az u. n. „külső“ betegségek klinikai, tudományos és praktikus tekintetben nem bírnának ugyanolyan jelentőséggel, mint a többi szervek és szervrendszerek betegségei) zunächst zu demonstrieren, wie unvollkommen und lückenhaft die allgemein medizinische Durchbildung geräth ohne specielles Studium der Hautkrankheiten. Dies erweist sich umso notwendiger, als die einzelnen, aber als solche wie in ihrer Gesamtheit allein massgebenden Mitglieder der Professoren-Collegien, in dem Masse, als sie berufsmässig auf die Pflege ihres jeweiligen Lehrfaches sich concentriren, das Interesse, ja vielfach selbst das Verständniss für die grosse Bedeutung der Dermatologie und Syphilologie nicht besitzen oder verloren haben, und zwar deren grosse Bedeutung nicht etwa vom Gesichtspunkte der praktischen Nothwendigkeit, sondern der wissenschaftlichen medizinischen Durchbildung.“

Die Erfahrung hat mich gelehrt, dass auch in solchen Dingen die schönsten Reden und publicistischen Erörterungen nicht so viel an überzeugender Kraft aufzubringen vermögen, rücksichtlich der Wichtigkeit der dermatologischen Studien, als der Zufall von Thatsachen.

Was ist dem Vertreter der descriptiven Anatomie oder Histologie die Dermatologie! Ihm ist sie Hekuba! Sobald aber in Folge von Manipulation mit Formalin, Sublimat, Lysol etc. der eine oder der andere dieser Herren Collegen ein Eczem der Hände acquirirt, da ist plötzlich ihr Interesse auch für unser Fach erwacht, und ihr Erstaunen sehr gross über die merkwürdigen Erscheinungen, die da zu beobachten sind und zu ihrem Schmerze und zu unserem collegialen Bedauern, gerade an ihnen selber: dieses heftige Jucken und diese Schlaflosigkeit und diese Functionsbehinderung und diese Hartnäckigkeit, und wie merkwürdig, dass jetzt auch Eczem auftritt an Stellen, die weit ab sind von den mit schädlichen Flüssigkeiten in Berührung gewesenen Händen und dergleichen mehr, und der Hygieniker und der pathologische Anatom, wenn sie die betroffenen Personen sind, wie sie staunen, dass das Eczem und die Furunkeln und die Pusteln und Abscesse umso mehr und schlimmer werden, je mehr die sog. antiseptische und antibakteriell wirkenden Mittel auf die Haut gebracht werden.

Das verlangt aber noch Aufklärungen u. z. nach allen Richtungen, der anatomischen und physiologischen, und es verlangt schliesslich oder eigentlich vor allem noch Heilung durch den Dermatologen.

Ein einziger Eczemausbruch wirkt da mehr aufklärend und überzeugend, als alle schönen Reden rücksichtlich der Wertschätzung des dermatologischen Unterrichtes seitens dieser massgebenden Vertreter des medizinischen Unterrichtes.“

De talán tényleg oly nagy inferiorításban van a dermatologia a gyakorlati orvostudomány többi ágaival szemben? Már előbb fejtegettem, mennyire belevág a dermatologia a belgyógyász, a sebész és a többi specialista szakmájába, úgy hogy annak alaposabb ismeretét egyik sem nélkülözheti.

Egy pár példát akarok felemlíteni immár 20 éves gyakorlatomból, a melyekre hirtelen vissza tudok emlékezni és a melyek igen élesen illusztrálják, mily nagy szüksége van alapos dermatologiai ismeretekre a gyakorlati orvostudomány többi ágában működő specialistának is.

Az athleta termetű fiatal ember, ki épen bevégezte egyetemi tanulmányait, hirtelen betegeskedni kezd, rosszul néz ki, köhög, lesoványodik, hektikus lázakat kap, majd hirtelen haemoptoe lép fel. Vizsgálatnál beszűrődés a bal tüdőben, a tüdővész kétségtelenül megállapítható, csak az a különös, hogy a köpetben Koch-féle bacillusok nem találhatók. A beteg a telet Mentoneban tölti, de állapota folyton súlyosodik, minden reményét veszítve hazajön, itthon egy barátja tanácsára a dermatológust keresi fel, hogy egy, látszóan már hosszabb idő óta fennálló fekélyt, mely neki nagy fájdalmakat okoz, megmutasson. A dermatogus tipikus gummának ismeri azt fel, vállatára küsül, hogy alig két év előtt syphilit acquirált. Valószínű, hogy a tüdőbántalom is syphilites eredetű. Jodkali nagy adagban. Már két nap mulva esodálatos változást érez magában, a köhögés kezd megszűnni, a lázak

¹ Rapports préliminaires. Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes. Bruxelles. VI. Question. St. Lamertin. 1899.

kimaradnak, óriási étvágy, 3 hét alatt mintegy 10 kilót hízik, ezután erőteljes higanykúra és még pár hónapig tartó kezelés. Teljes gyógyulás, özvegy édesanyja, kinek a szép reményekre jogosító, tehetséges fiú, a kit már elsrított, egyetlen támasza és reménye, örömkönyveket ír.

Az illető ma — évek múltán — is teljesen egészséges. De mi történt volna, ha az illető nem megy el a dermatológushoz? Hisz hogy syphilit volt, azt ő már előbbi orvosának is említé, a ki azonban nem is gondolt arra a lehetőségre, a melyre csak az gondol, a ki sokat foglalkozik a syphilittel és jobban belehatol a betegség lényegébe, hogy egy alig 2 év előtt acquirált syphilis már tüdőmegbetegedést is okozhat.

Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanár.

(Folytatása következik.)

Közegészségügy.

Az elmebetegeknek elmeegógyintézetekbe és kórházakba való felvétele és szállítása. 10,583/IV—a.—1903. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi vármegyei és városi törvényhatóságnak.)

Az elmebetegeknek intézetekbe és kórházakba szállítása körül tapasztalt tájékozatlanság és az erre vonatkozó rendeleteknek — még egyes hatóságok részéről is — téves értelmezése és figyelmen kívül hagyása oly szabálytalanságokra vezettek, hogy a betegeknek ezéltárvett elhelyezése csak számos akadály leküzdése után sikerült. Minthogy pedig az elmebetegek felvételének és beszállításának módjai eddigélt csak egyes, hosszabb időközökben kiadott s mindig csupán egyes különös intézkedésekre vonatkozó rendeletekkel voltak szabályozva: szükségesnek látom, hogy az állami elmeegógyintézetekbe való felvétel kelleit és körülményeit ezuttal összefoglalva részletesen és szabatosan előírjam.

Állami elmeegógyintézetekbe csakis oly betegek vehetők fel, kiknek gyógyítható vagy köz- és örvesséyles elmebántalma közhivatalban álló orvos által lett megállapítva s az erről szóló bizonyítvány a felvétel engedélyezésének elengedhetetlen kelleit képezi.

Az állami elmeegógyintézetekbe való felvétel rendszerint csak a belügyminister előzetes engedélyével történik.

Halaszthatatlan és sürgős intézkedést igénylő esetekben, ha a beteg valamely közelben fekvő kórházban ideiglenesen sem volna elhelyezhető, közhivatalban levő orvos bizonyítványa alapján valamely elmeegógyintézetbe előzetes ministeri engedély nélkül is beszállítható. Azon kórház vagy intézet igazgatójától, melybe a beteget szállítani akarják, minden egyes esetben előzetes tájékozódás szerzendő az iránt, vajjon felvehető-e oda a szóban levő beteg vagy sem?

Állami elmeegógyintézet van a budapesti lipótmezői és angyalföldi intézeteken kívül Nagy-Kállón és Nagy-Szebenben, továbbá Kolozsvárott az egyetemi elmekörtani klinika. Nagyobb elmebeteg osztálylyal rendelkeznek: a pozsonyi állami, a gyöngyösi, gyulai, kaposvári, nyitrai, szegvárdi és miskolci közkórházak s a székesfővárosi szt. János-kórház.

Elmebeteg kísérvőjéül csendör soha, rendör pedig csak polgári öltözetben és felszerelés nélkül alkalmazható.

Az elmebeteg kísérvője elegendő költséggel látandó el még azon eshetőségre is, ha valamely előre nem látható ok miatt a beteget vissza, vagy más intézetbe kellene szállítani.

Az alább közölt „Tájékoztató“ arra való, hogy annak alkalmas ismertetésével az elmebetegnek a m. kir. elmeegógyintézetekbe való felvételéről, ottani ápolásáról s azokból való elbocsátásáról a nagyközönség is kellő tájékozódást szerezhesen.

A négy állami elmeegógyintézet bőségesen rendelkezik ezen „Tájékoztató“ példányával, szükség esetén magánosoknak is megküldi azt, ha aziránt megkeresik, megjelölve egyszersmind a megállapított ápolási díjak összegét is.

Jelen rendelettel az eddig érvényben levő 31,100/1871. 102,463/1895. 31,708/1899. 45,729/1902. 64,415/1902. számú rendeletek hatályukat veszítik.

Budapesten, 1903. évi január hó 30-dikán. A minister helyett: Gulner s. k., államtitkár.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A hasi hagymáz gyógykezeléséről.

Közli: Nagy Pál dr.

Eichhorst és Schultze: Über Antityphusextract von Jez. Cblt. f. d. ges. Ther. 1900. 10. füzet. — Erb: Bemerkungen über Chininbehandlung des Abdominaltyphus. Die Therapie der Gegenwart. 1901. — Fraenkel: Über spezifische Behandl. des Abdominaltyphus. Deutsche med. W. 1893. — Fränkel: Die Göttinger Typhusepidemie im Sommer 1900. D. med. W. 1901. — Gläser J. A. Zur bakteriologischen Behandlung des Abdominaltyphus. Ther. Monatsh. 1896. — Goldscheider: Zur Chininbehandlung des Unterleibs-Typhus. Die Therapie der Gegenwart. 1901. — Gore Albert: An analysis of 105 cases of enteric fever treated in Station Hospital Alexandria. 1890. Dubl. Journ. 1891. — Górnieki: Beitrag zur Ernährung der Typhuskranken. Gazeta lekarska. 46—48. sz. — Hare F. E.: Ten years' experience of the coldbath treatment of typhoid at the Brisbane hospital. New-York med. Record, 51. kötet, 1897. — Henshaw George: The treatment of typhoid fever with typhoid thymus extract. Boston med. and surg. Journ. 1896. — Hiller A.: Über

Darmdesinfection und ihr Einfluss auf den Verlauf des Ileotyphus. Ztschr. f. klin. Med. 25. kötet, 1894. — *Hope Ch.*: The theory and therapy of typhoid fever with special reference to the modern antiseptic treatment. St. Louis Courier of med. 1901. — *Hölscher F.*: Über die Heilung des Typhus mit Guajacolecarbonat. Allg. med. Central Ztg. 1894. — *Hull*: The treatment of typhoid fever by guajacol. Therap. Gaz. 1895. — *Jaksch*: Über die Behandlung des Typhus abdominalis mit Blutserum vom Typhus-Reconvalescenten. Verhandl. d. XIII. Congr. f. inn. Med. Wiesbaden. 1895.

Petruschky Typhoinnak nevezett, megölt typhus-bacillusokból carbolsav és normalis állatserum hozzáadásával készült anyagot fecskendezett be 3 napon át reggel és este fokozódó adagban. A második hét közepén túl nem levő typhus eseteknél állítólag jók voltak az eredmények. E szer csak 3 hétig áll el.

Az eddigi bakteriologiai gyógyító módszerektől eltérő módon kísérletezett *Jez*. Fokozódó erősségű typhus culturával immunizált nyulak thymusából, lépéből, csontvelőjéből, agy- s gerincevelőjéből emulsiót készített. Eme antityphus-extractumnak nevezett, megsűrített vöröses folyadék subcutan alkalmazva, nincs hatással a betegség lefolyására, azonban belsőleg véve, 2 óránként egy gyermekkanálnyi adagban, igen jó hatásának bizonyult. A 18. ily módon kezelt betegénél a lázgörbe elvesztette jellegzetességét, a láztalan állapot gyorsan következett be. A pulzus gyéresebb s teltebb lett, a közérzet rohamosan javult, a hasmenések ritkábbak lettek, a vizelet mennyisége megszorodott. A betegek a második, harmadik héten reconvalescensek lettek. Egy beteg átlag 300—400 gm. antityphus-extractumot fogyasztott. Valamennyi beteg meggyógyult. *Eichhorst* 12 igen súlyos typhus-betegnél alkalmazta a Jez-féle antityphus-extractumot. Tizenegy beteg a 4—5-dik napon, egy pedig a 7-dik napon lett láztalan. Valamennyinél a közérzet rohamosan javult. Hasonlóan jó eredménnyel használta e gyógymódot *Pometha* és *Schultheis* is. *Walker* állatoknál hatástalannak tartja a Jez-féle antityphus-extractumot.

Markl vizsgálatai szerint kis mennyiségben tartalmaz védőanyagokat. Hogy általános kezelésmóddá válik-e a Jez-féle extractummal gyógyítás, majd a jövő tapasztalatai fogják megmutatni.

A míg nem sikerül a bakteriologiai specifikus kezelésmódot annyira kidolgozni, hogy nagyszámú tapasztalat hasznossága mellett tanuskodhassék, addig nagy szerepköre akad a gyógyszeres kezelésnek, mely azt tűzi ki célul, hogy a typhus-bakteriumokat a bélhuzamban s a vérben elölje, vagy legalább is szaporodásukban gátolja.

Régi szereket újból előszednek s jó hatásukat jelen felfogásunknak megfelelően magyarázzák. Így a Sauer majd Liebermeister ajánlotta jodkalit ajánlja *Klietsch*. Míg hatvan év előtt Sauer azért adta a jodot, mert a hagymáz lényegét a hasi nyirkmirigyek daganatában véve, daganatoszlato hatást várt tőle, addig *Klietsch* szerint a felszívódott jód a bélhuzam mirigysejtjein kiválik s megtámadja az ott levő bakteriumokat. Betegjeinél, kik két óránként 8—10 cseppet szednek kal. jod. 8—10 gramm, jodi pur. 0.5—0.8 gramm, aqu. dest. aqu. menth. pip. aa 100 gramm folyadékból, a súlyos általános tünetek gyorsan enyhültek, a gyógykezelés 4—6. napján fokozatos defervescencia állott be s így a betegség tartama megrövidült.

Oddi 30 betegnél jodtincturát alkalmazott. A tincturának 0.5%-os vizes oldatából 5 evőkanálnyit adott naponként. A betegség tartama megrövidült, a hőmérséklet csökkent, a hasmenések szűntek.

Gore nem látott ily jó eredményt a jodkezeléstől, 105 betege közül 19%-al hal el. Higanybichloridot ad belsőleg *Loranchet*, liqueur de van Swieten alakjában. 21 így kezelt beteg közül egy halt meg. Betegjeinél a láztalan szak gyorsan következett be.

A chinin-kezelésnek újabban *Erb* a szószólója. Közlése szerint 200 pontosan észlelt typhus-beteg közül csak 1/7 résznél találta hatásatlannak a chinint.

A többen határozottan gyógyító hatásának bizonyult. A könynyebb eseteknél a napi maximumok napról-napra 0.3—0.5 fokkal csökkentek. *Erb* fontosságot tulajdonít az adagolás módjának. Az 1—2 gm. chininum hydrochloricumot rövid időközben két részletben adja este, a hőmérséklet maximuma után. A hatás rendszeren két napra terjed s csak ritkán szükséges naponkénti adagolás. A gyógykezelés megkezdésére legalkalmasabbnak tartja a betegség 11—12. napját. *Erb* a chinint nemcsak antipyreticumnak, hanem minthogy az egész körlefozást kedvezően befolyásolja, bizonyos tekintetben specifikumnak tartja.

Hogy az esti órákban alkalmazott kellő adagú chininnel befolyásolhatjuk a typhus lefolyását, azt *Goldscheider* is tapasztalta, de azért fontosabbnak tartja a jó ápolást, kellő táplálást s a vízkezelést.

Binz rationalisnak tartja a chinin-kezelést, mert a bekebelezett chinin gyengíti a szervezetben levő typhus-bacillusok életképességét.

A Wunderlich és Liebermeister ajánlotta calomel kezelést is alkalmazták újabban, gondolván, hogy desinficiálja a bélhuzamot.

Klein E. kétóránként adott igen kis adagú (0.01—0.02 gm.) calomelt senna főzetben. E mellett naponként kétszer beöntést is alkalmazott. E gyógymódot a betegség egész tartama alatt folytatta. 50 ily módon kezelt betegség lefolyásából azt tapasztalta, hogy ha idejekorán kezdte a calomel-adagolást, gyakran már a 8—10. dik napon megszűnt a láz. A betegek közérzetével *Klein* igen meg volt elégedve.

Elég jó eredményeket látott a calomel kezeléstől *Thistle* is. Ő napjában 4—5-ször ad 0.03—0.06 gm. calomelt, s 3—4. óránként 0.6 gm. salott. Ily módon kezelt 172 beteg közül 3 halt meg.

Simone 0.05 gm. calomelt ajánl 0.01 opiummal napjában 2—4-szer. Eseteiben a betegség tartama megrövidült, csaknem fele időre csökkent.

Határozottan jónak tartja a hashajtók s desinficiensek alkal-

mazását *Woodbridge*. Szerinte ily módon abortív lefolyásúvá tehetjük a betegséget. Ő hashajtóul podophyllint vagy calomelt használt, fertőtlenítőnek pedig thymolt, mentholt, eucalyptolt vagy guajacol carbonatot. *Duffield* ajánlja *Woodbridge* módszerét.

Bacelli is az abortív kezelés híve. Ipecacuanhát ad hánytató dosisban és a hatás bekövetkezése után még langyos vizet itat addig, míg a kihányt víz tiszta. Ezenkívül sublimat intravenosus injectiókat ajánl.

Wilcox olyan súlyos esetekben, hol a fürösztés, naphtol, salol nem használt, kellően hígított 0.4%-os chlorvizből naponként többször adott 4—15 gm.-ot. A betegek elég hamar gyógyultak. *J. Burney Yeo* chinines chlorvizet ad naponként 6—8 evőkanállal. E gyógykezelés évek óta jó eredménnyel alkalmazza, a betegség tartama megrövidül, a hőmérséklet alantabb jár. *King* tíz betegnél alkalmazta a Burney Yeo ajánlotta módszert. Valamennyi gyorsan gyógyult.

Pardon J. Fuldor egyedüli észszerű kezelésmódnak az antiseptist tartja. Szerinte legjobb belfertőtlenítő szer a salol, miből négy óránként 0.3—0.6 grammot szed. Némely esetben felváltva adja zincum sulfocarbolicummal (4 óránként 0.12—0.3 grammot).

Igen lelkesedik a salol kezelésért *Anderson*, ki azt a merész állítást kockáztatja, hogy minden beteg, ki betegségének tizedik napja előtt kezdi a salol-kezelést, a 15-dik napon reconvalescens lesz.

Anderson nagyobb adagban adja a salolt. Felnötteknek 2—3 óránként 1.6 grammot, hat éven felüli gyermeknek 0.3 grammot pro dosi, hat éven aluli gyermeknek 0.15 grammot.

Cahall 16 esetet közöl, hol a salol-kezelés jól bevált. *Barr* és *Salis Cohen* gyakran láttak jó eredményt saloltól, de nem tartják specifikumnak.

Mason salol és hydronaphtol kezelés mellett 676 betegnél 10.4%-alalózást látott.

Az erőyes belfertőtlenítő eljárás mellett szól *Hope* is. Ajánlja a kis adagú calomel s zincum sulfocarbolicum mellett a salolt, thymolt, naphtol, terpentint, bismutot.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Carnot: La medication hémostatique. Paris, Masson et comp.

A Critzman szerkesztésében megjelenő vállalat (L'oeuvre médico-chirurgical) legújabb füzeté egy a mindennapi gyakorlatot legközvetlenebbül érdeklő tárggyal: a vérzéscsillapítással foglalkozik. Szerzője, a párisi orvosi fakultás terapeutai laboratóriumának főnöke, nagyon szépen oldotta meg feladatát: rövidség, világosság, jól áttekinthetőség, kellő kritika jellemzik munkáját. Az első részben a szervezet védekezősét a vérzéssel szemben és a spontán vérzéscsillapodás mechanizmusát ismerteti, külön fejezetekben tárgyalva a helybeli véredény összehúzó-dást, a vér megalvadását és a vascularis reparativ folyamatot. A terjedelmesebb második rész a vérzéscsillapító eljárásokat tartalmazza, ismét külön fejezetekben szövege a helybelileg ható véredény összehúzó szerek-ről, az általános ható vasoconstrictorius haemostaticumokról, a helybeli hatású vérmegállító szerekről és végül az összes vér alvadás-képességét fokozó eljárásokról. A régebbi eljárások mellett mindenütt az újabbakról is értéküknek megfelelő terjedelemben megemlékezik, így a többi között jól összefoglalóan ismerteti a gelatina és az adrenalin vérzés ellenes hatására, úgyszintén alkalmazás módjára vonatkozó ismereteinket. Az összesen 44 nagy lapra terjedő füzet ára 1 franc 25 cent.

Jacob und Pannwitz: Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose. Band II. Bekämpfung der Lungentuberculose. Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1902.

A rendkívül értékes munkának, melynek a tüdőgümőkór keletkezését tárgyaló első kötetét megjelenésekor kellőképpen méltattuk, befejező, második kötete nem rég hagyta el a sajtót. Ez a közel 500 nagy lapra terjedő kötet a tüdőgümőkór ellen való küzdelem módjaival foglalkozik. A rendkívül nagy anyagot szerzők nagy szorgalommal állították egybe és e mellett nagyon helyes irányelveket tartottak szem előtt. Így az óvintézkedések tárgyalásakor mindig arra vannak első sorban tekintettel, vajjon azok gyakorlatilag könnyen kivihetők-e? Egy további helyes irányzat az, hogy küzdenek a túlságos „bacillustól féls” ellen: kimutatják, hogy a tüdőgümőkóros beteg általában csak akkor veszélyes embertársára nézve, ha ez utóbbi buzamosan kénytelen a beteggel zárt helyiségben (lakás, műhely) tartózkodni. Nagyon helyes továbbá a nyomtatékkal utalás arra, hogy a bacillus ellen való küzdelem csak félmunka: az egyén ellentálló képességének fokozása ép oly fontos feladat.

A munka öt főfejezetre van osztva. Az első főfejezet az egészséges embernek a gümőkórtól megvédésével foglalkozik. A második a már megbetegedettékről való gondoskodás módjait ismerteti. A harmadik főfejezetben a gümőkór elleni védekezés állása Németországban van behatóan ismertetve, míg a negyedikben rövid átnézetet nyerünk az egyéb országokban — Magyarországról is külön megemlékeznek szerzők — a gümőkór ellen indított küzdelemről. Az ötödik főfejezet a gümőkór leküzdésére irányuló nemzetközi törekvésekről számol be.

Nagyon becses részét képezi a munkának a terjedelmes függelék, a melyben a Németországban és egyéb államokban a gümőkór leküzdésére kiadott legfontosabb törvényes és hatósági intézkedések — szám szerint 54 — vannak egész terjedelemben közölve. Ilyen módon

ezeket, melyek eddig csak nehezen voltak hozzáférhetők, most könnyű szerrel tanulmányozhatja mindenki.

Nem terjeszkedhetünk ki a könyv tartalmának behatóbb ismertetésére, sőt a legérdekesebb részek felsorolására sem. Egyet azonban mégis megemlítnék, a mi élénk színben tünteti fel a szegény tüdőbetegekről való gondoskodás mérvét Németországban: az 1902. év végén Németországban 57 tüdőbeteg-népsanatorium működött és valamivel több mint 5000 ágyat bocsátott a betegek rendelkezésére.

Végül még megemlítnék, hogy meglehetősen nagy irodalom-összeállítás és nagyon jó tárgyjegyzék teszik a munkát még jobban használhatóvá, és hogy minden fejezet végén rövid foglalatját találjuk az illető fejezetben elmondottaknak, a mi szintén tetemesen hozzájárul a munka használhatóságához és értékéhez.

Doktorsfahrten. Aerztliches und Menschliches von Max Nassauer. Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart. 1902.

A mikor a szépirodalomba tartozó ezen kis könyvről ezen a helyen néhány szóval megemlékezünk, tesszük ezt több okból. Először is szerzője orvos. Azután nagyon sok benne — a mint ez is mutatja — az orvosi vonatkozás. Végül mert élvezetes perczeket hozhat a mindennapi munkájában elfáradt orvosnak. Az izlésesen kiállított, alig másfélszáz kis oldalra terjedő könyv 17 nem annyira elbeszélést, mint inkább leírást tartalmaz, a melyek némelyike igazán megkapó úgy tartalmánál, mint művészi és előkelő, főleg pedig vonzó előadás-módjánál fogva. Így a „Die warme Suppe“, „Und der Biber ist tot“, „Die Fliegen“, „Der Nekrolog“ címűeket akárhányszor szívesen elolvasná e rövid ismertetés írója. Szívesen felhívjuk a kis munkára olvasóink figyelmét.

Új könyvek. Bendix: Die Pentosurie. Stuttgart, F. Enke. — Orschansky: Die Vererbung im gesunden und im krankhaften Zustande und die Entstehung des Geschlechtes beim Menschen. Stuttgart, F. Enke. — Rosinski: Die Syphilis in der Schwangerschaft. Stuttgart, F. Enke. — Buxbaum: Lehrbuch der Hydrotherapie. Zweite vermehrte Auflage. Leipzig, G. Thieme. — Fleischmann: Die Darwin'sche Theorie. Leipzig, G. Thieme. — Norström: Der chronische Kopfschmerz und seine Behandlung mit Massage. Leipzig, G. Thieme. — Zabłudowski: Technik der Massage. Leipzig, G. Thieme. — Edelmann: Lehrbuch der Fleischhygiene. Jena, G. Fischer. — Bickel: Untersuchungen über den Mechanismus der nervösen Bewegungsregulation. Stuttgart, F. Enke. — Thibierge: Syphilis et déontologie. Paris, Masson et comp. — Dind: La blennorrhagie et ses complications. Paris, J. B. Baillière et fils. — Jean-delize: Insuffisance thyroïdienne et parathyroïdienne. Paris, J. B. Baillière et fils.

Lapszemle.

Sebészet.

Sarcomák, óriássejtű sarcomák és plasmasejtek czímen értekezik Friedländer. Szerinte plasmasejtek hiánya sarcoma mellett bizonyít. Ha azonban plasmasejteket találunk egy daganatban, az magában még nem szól sarcoma ellen. Ilyenkor a szomszéd szöveteket kell lobosodást illetőleg átvizsgálni. Hogy a plasmasejtek ilyenkor a sarcomás szövet gyuladása által keletkeztek vagy a daganatnak magának képezik integráló alkotó részét, az egyéni felfogás dolga. Daganatokban olyan sejtek is találhatók, melyek a hám és kötszöveti sejtek között foglalnak helyet, a melyek kinézésre semmi esetre sem hámsejtek (magjuk plasmasejtfestéskor erősen festett, plasmájuk ellenben elszíntelenedik vagy zöldessé válik.) Festődésük, valamint mulékony finoman szemeses zsíros infiltrációjuk olyan, mint a here sejtközi sejtejei (Zwischenzellen der Hoden). A daganatokban előforduló óriássejtek festés tekintetében különféleképp viselkednek, a mi a differential diagnoszt illetőleg bir fontossággal. Van egy fajta, a mely plasmasejt reactiót ad (plasma óriássejtek) és az osteoklastokkal hozható analógiába, a másik fajta reactiót nem ad. Az óriássejtű sarcomáktól a mondottak alapján tehát egy csoportot lehet különválasztani, a melyet a csontvelővel való összefüggés, plasma-óriássejtek (osteoklastok) és a plasmasejtekhez hasonló sejtek (angioblastok?) jellemeznek. Ezen daganatcsoport valószínűleg jóindulatú. (Archiv für klinische Chirurgie, 67. kötet, 1. füzet.)

Zimmermann.

Gázfejlesztő bakteriumokkal történt fertőzések czímen számol be Albrecht azon vizsgálatairól, melyeket a Gussenbauer-féle sebészeti klinika anyagával a Wechselbaum tanár vezetése alatt álló kórboncz-tani intézetben végzett. A gázfejlesztő anaërob bakteriumok tenyésztésére főképp a Hirschmann és Lindenthal által ajánlott magas agar-kémcsöveket és a Bottkin-féle harang alatt agar-lemezekben való kultiválást használta. A hydrogént a rendes Kipp-féle készülékkel állította elő, oxigénmentessé tétele céljából azonban a komplikált mosó-edények helyett izzó vörösréz-tekercsen vezette át. Anaërob tenyészeteket ezenkívül még tejben, gelatinán, pepton húslevesben is készített, kivételesen Buchner-féle csövekben is tenyésztette a mikroorganizmusokat. Minden egyes esetben aërob tenyészeteket is csinált. Vizsgálatainak eredményét a következőkben foglalja össze:

1. Gázfejlesztő anaërob pálczika alakú mikroorganizmusokkal való sebfertőzések a szoba pora által még oly műtéteknél is előfordulhatnak, a melyek az antisepsis vagy asepsis összes elővigyázati szabályai szerint vértettek végbe.

2. Ha ilyen esetekben tisztán anaërob pálczikák jutottak a sebbe, a fertőzés tünetei igen csekélyek lehetnek. Rendszerint csak az intoxi-

catio jelenségeit látjuk; a beteg bágyadt, arcza halvány, csekély étető érzésről panaszkodik a sebben, érelkésőgömbje lassanként felemelkedik, hőmérséke kissé magasabb. A sebben meggyült véres-savós folyadék-gyülemnek kibocsátása után a beteg gyorsan meggyógyul. A savóban a bacillusok tiszta tenyészetben megtalálhatók.

3. Anaërob pálczikákból és genyococcusokból álló vegyes fertőzés esetén a szerzőgő üszök (gázgangraena) tipikus képe jön létre.

4. A hét vizsgált esetben a gyógyeljárás abból állott, hogy a váladékok szabad lefolyása biztosítva lön. Mind a hét eset meg is gyógyult.

5. A „szerzőgő üszök bacillusa“ (Bacillus des malignen Oedems) elnevezés tulajdonkép gyűjtőnév az aërob és anaërob pálczikaalakú bacillusok egész sora számára. Ezen bacillusok bármelyikével a kísérleti állatok bőr alá oltása esetén ugyanolyan betegséget vagyunk képesek előidézni, mint a melyet Koch Robert rotható váladékokkal tengeri malaczbán képes volt létrehozni, s melyet „oedema malignum“-nak nevezett.

6. Az anaërob pálczikák vizsgált hat faja a Welch-Fränkelféle bacillussal közel rokon vagy megegyező, két faja pedig a Schattenfroh és Gräbberger rothatást előidéző vajsav bacillusának megfelelő.

7. Az irodalomban eddig leírt esetek nem jogosítanak fel egy emberi oedema malignum felvételére. A kórfolyamatok, a melyek ezen névvel jelöltettek, helyesebben szerzőgő üszökek (Gasbrand) volnának nevezendők. (Archiv für klinische Chirurgie, 67. kötet, 3. füzet.)

Zimmermann.

A heveny miliaris gümőkór viszonya a gümőkóros nyak-lymphomák műtévééhez. Wittmer bőven foglalkozik a miliar-tuberculosis keletkezésének, kezelésének történetével.

Majd áttér közleményének tulajdonképeni főreszére: vajjon a tuberculotikus nyaki nyirokmirigyek operálása vonhat-e maga után miliartuberculosis? Szerző itt röviden ismerteti az irodalomból oly eseteket, a mikor egyes tuberculotikus tájékok operálása után fellépett miliar-tuberculosis. Itt kiemeli, hogy az egész rendelkezésre álló irodalomban bebizonyíthatólag a nyaki mirigyek kiirtása folytán fellépő miliar-tuberculosis nem talált sehol sem ismertetve.

E. Blos „Über tuberculöse Lymphome und ihr Verhältniss zur Lungentuberculose“ czikke ugyan említ 3 oly esetet, hol nyaki tuberculosis lymphomák kiirtása következtében fellépett volna miliartuberculosis, de ez e cikkben teljesen bebizonyítva nincs.

Sokkal mérvadóbb és szerző állítását jobban bizonyítja Wahländer statistikusi kimutatása, mely Bardeleben klinikájáról került ki (Charité Annalen 1882—1892), melyben arról, hogy a tuberculotikus nyaki mirigyek kiirtása után fellép-e miliar-tuberculosis, egy szó sincs említve.

Szerző röviden ismerteti azon eljárásokat, melyekkel a nyaki mirigyek eltávolíthatók, eltekintve a Cordua-féle konservatív eljárástól, felemlíti a percutan műtéteket, továbbá Lesser, Dollinger és Aubert subcutan műteti eljárásait. Czikke végén hivatkozva az összes sebészetre, szerző a tuberculotikus nyaki mirigyek műteti eltávolítását okvetetlenül indikálnak tartja, annál is inkább mert a műtét utáni gyógyulást miliartuberculosis veszélye nem fenyegeti. (Beiträge zur klinischen Chirurgie, 33. kötet, 13. füzet.)

Navratil Dezső dr.

A tüdő decoratiatiója idült empyemában. Kurpjuweit röviden ismerteti Delorme műteti eljárását s itt felemlíti, hogy a prioritási jog tényleg Delorme bár ő később ismertette eljárását, mint Ryerson Fowler. Delorme ugyanis első műtétét 1892-ben végezte; Ryerson Fowler egy évvel később, 1893-ban — bár nem ismerte Delorme módszerét — hasonlóképen operált. Ezek után felemlíti, hogy Delorme 1896-ban 20 esetről számolt be, mely műtétek részben Franciaországban, részben másutt végeztek. Ez esetekkel együtt szerző a következő esetekről is beszámol, mikor a műtéteket az alább említett sebészek végezték. És pedig: Delorme 4, Ryerson Fowler 2, Lambotte 1, Lardy 1, Sorel 1, Djemité Bey 1, Tavel 6, Reclus 1, Bouilly 1, Guinard 3, Boeckel 1, Girard 2, Delagenière 1, Roux 1, Sirand 1, Laboulay 1, Verneuil 1, Veslin 1, Pascale 9, Romans 1, Siro 2, Jordan 1, Krause 3, Kiliani 1, Dollinger 1, Garré 5 és ifj. König 2 esetben végezték Delorme-műtétét. Szerző ezek után bemutatja a Delorme-eljárás alkalmazása folytán összeállított gyógyulási százalékokat és pedig a fentemlített esetek közül: gyógyult: 33-70%, javult: 19-70%, nem javult: 33-90%, meghalt: 10-70%. Ezzel szemben bemutatja szerző Vosswinkel kimutatási táblázatát azon esetekről, hol kiterjedt bordaresectio volt alkalmazva. Ezek közül: gyógyult: 56-30%, javult: 20-00%, nem javult: 30%, meghalt 20-00%. Szerző mégis sokkal jobbnak tartja Delorme eljárását az egyéb eljárások felett, mert szerinte — a tüdőről való pleura hámozás folytán — egy teljesen functióképes tüdőt kapunk, míg a többi esetben a tüdő marad olyannak, mint a milyen műtét előtt volt; vagyis a tüdő többnyire functióképtelen marad. Szerző ezekből azt következteti, hogy minden esetben, ha chronikus empyema forog fenn, a tüdők letisztítását okvetetlenül meg kell kísérelnünk s csak ha ez nem sikerül, nyulunk a kiterjedt bordaresectiohoz. Szerző czikke végén különösen kiemeli, hogy tuberculotikus empyemánál a decoratiatio nem ajánlatos. (Beiträge zur klin. Chirurgie, 33. kötet, 3. füzet.)

Navratil Dezső dr.

Venereás bántalmak.

Hogy a syphilis már a kőkorszakban Japánban uralkodott, annak bizonyosságát Buntaro Adachi (Japán) azt hozza fel, hogy egy a kőkorszakból származó tibian a syphilis okozta tertiar elváltozásokat biztosan ki tudta mutatni. Már a Kr. után 806—810. évből származó japán orvosi könyvből a „Dai-do-rin-ju-ho“-ból is kiviláglik, hogy a syphilis Japánban már a kőkorszakban létezett. Adachi azonkívül megczáfolja azt a téves európai fogalmat, hogy Japánban alig léteznék

syphilismentes ember. E téves nézet valószínűleg a „kasa” japán szónak hibás fordításából származik, melylyel általában a „varas” kútegeket szokták Japánban nevezni, mely szóval a syphilist is általánosítják. (Archiv für Dermat. u. Syph. 64. kötet, 1. füzet.) *Sellei.*

A polyneuritis blennorrhoeáról értekeznek *Adeline*. Az első ilyen eset leírása Charcottól származik (1887). A később közölt esetek közül csak kevés bizonyult tényleg gonorrhoeás eredetűnek. Biztos eseteket szerző szerint csak *Spillmann* és *Haushalter*, *Pombrak*, *Levy*, *Lustgarten*, *Allard* és *Meige*, továbbá *Raymond* és *Astan* közölték. A gonorrhoeás polyneuritisnél a mozgási zavarok főleg az alsó végtagokon találhatók, különösen az alszár elülső és oldalsó felületén. A felső végtagok, törzs, nyak és arc csak ritkán támadtak meg. Az izmok és idegek nyomásra rendkívül fájdalmasak, a bőr hyperaesthesiás. A sensibilitás zavarai és a reflexek úgy viselkednek, mint egyéb polyneuritisnél. Enyhe trophikus zavarok rendszerint előfordulnak, súlyosabb ilyenű zavarok ritkák. A polyneuritis tünetek az infectio első hetében, de később is szoktak fellépni. *Lustgarten* esetében a fertőzéstől számított 7-dik hónapban fejlődött a polyneuritis. Vajjon e betegséget a gonococcusok avagy annak toxinjai idézik elő, az nincsen eldöntve. (Thèse de Paris, 1902. Ref. Centralblatt für Harnorg.) *Sellei dr.*

Higany-injectiót követő nagyfokú gangraena esetét ismertetik *Neumann* és *Bendig*. A figyelemre méltó s fokozott óvatosságra intő esetben a mélyreható roncsolás eddig még alig észlelt körülmény folytán jött létre. 37 éves erőteljes férfi többször recidiváló lues ellen intramuscularis hydr. sojodol. injectiókat kapott a fartájékba. A harmadik injectió alkalmával mindjárt az első cseppnél a beteg heves fájdalmában hirtelenül feljajdult s hosszabb ideig lábán sem tudott állni. A szúrás helyéről vér nem szivárgott. Néhány nap múlva magas lázak kíséretében az egész bal fartájék kékes-feketésen elszínesedett s fűszkösödésbe esett. Daczára a bőséges incisióknak, hónapokig tartott, míg a teljes gyógyulás beállott. Érdekes az esetben, hogy szerzők a gangraena okát idegsértésre vezetik vissza, melynek pontos megállapítása azonban nem volt lehetséges. Az idegsértés felvétele mellett leginkább a vérzés hiánya, a hirtelen fellépő óriási fájdalmak s a későbbi érzéskülönbségek szólnak. Mindenesetre érdekes az eset, mert annak alapján felvető, hogy az intramuscularis injectiók folyamán fellépő súlyos complicatiókat nem egyedül a véregek laesiói, hanem nagy ritkán idegsérülések is előidézhetik. (Archiv. f. Dermat. u. Syph., LXIII. k., 2. -3. f.) *Guszmán dr.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Jodipin subcutan használatától több esetben jó eredményt látott *Helmke*. Így egy paralysisben szenvedőnél, a kinél jodkaliumot és higanykenőcsöt eredmény nélkül használtak, több rendbeli tünet tetemesen javult. Erős agytünetekkel járt arteriosclerosis egy esetében szintén nagyon kedvező volt az eredmény, nemkülönben *Basedow*-kór egy esetében is. Végül gümőkóros nyakmirigyek is rohamosan visszafeljöttek jodipin-befecsendések után. (Medico, 1902. november 12.)

A bromipint *Kejzar* ideges izgatottsági állapotok ellen nagyon jó eredménnyel használta. Így különösen neurastheniások ideges szívdobogása esetén egy kávéskanálnyi 10%-os bromipin nyugodt álmot biztosított. Hysteriás és neurastheniás izgalmi és félelmi állapotokban, ideges eredésű álmatlanságban és szédülésben is kitűnően hatott. Csecsemőkori eclampsia két esetében jó eredménnyel járt 1/2 kávéskanálnyi bromipin 50 gramm tejben beadva. Végül agoraphobia egy esetét ismerteti szerző, melyben bromipin használata után gyors és úgy látszik tartós javulás következett be. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1902. 39. szám.)

A gyógyszereknek komprimált tabletták alakjában használatát ajánlja *Suter*, a genfi sebklinika assistense, azon tapasztalatok alapján, melyeket a délafrikai háborúban szerzett. A komprimált tabletták — ha az alább említett követelményeknek megfelelnek — a falusi, katonai és hajóorvos számára a legkönnyebben kezelhető, legtartósabb és legmegbízhatóbb, e mellett legolcsóbb alakját képezik a gyógyszereknek. A követelmények következők: 1. Minden tablettát csak egy hatóanyagot tartalmazzon. 2. A hatóanyagot különböző mennyiségben tartalmazó tabletták legyenek kaphatók. 3. A különböző hatóanyagokat tartalmazó tabletták már külsejükben (szín, alak) megkülönböztethetők legyenek. 4. A tabletták jól komprimáltak legyenek, nehogy kisebb-nagyobb részletek letörjenek, sőt a tabletták esetleg egészen széteszenek. 5. Olyan szerekhez, melyek a komprimálás folytán oldékonyságukból erősebben veszítenének, bizonyos anyagok keverendők, a melyek az oldódást elősegítik. Szerző szerint mindezen követelményeknek nagyon jól megfelelnek a „Chemische Industrie A. G. St. Margarethen” által forgalomba hozott tabletták.

Folyóiratok átnézete.

Magyar orvosi archívum, 1903. 1. füzet. *Borszély Károly* és *Generich Antal*: Adatok a belső bélelzáródások helyének felismeréséhez és az autointoxicatio kérdéséhez. *Donath Gyula*: A cholin jelentősége az epilepsiában. *Bálint Rezső*: A térdreflex viselkedése magas gerincevelői laesióknál. *Ifj. Klug Nándor*: Vizsgálatok ivjáraitól megfosztott egyénen.

Gyógyászat, 1903. 8. szám. *Minich Károly*: Adatok a chlorsavas kalium-mérgezéshez. *Uy Kálmán*: Az angina gyógyítása és viszonya más betegségekhez.

Orvosok lapja, 1903. 8. szám. *Székes Béla*: Pneumothorax esete. *Tausz Béla*: A serophulosisról.

Magyar orvosok lapja, 1903. 8. szám. *Pacsaer Félix*: Néhány szó a jodoform helybeli mérgező hatásáról. *Preisach Izidor*: A diabetes mellitus kór- és gyógytanának mai állása. *Adler Oszkár*: A fűzőről. *Müller Vilmos*: A mentés országos szervezése.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 8. szám. *Schramm*: A laparotomia értéke gyermekkori gümőkóros hashártyalobban. *Urban*: Az os lunatum izolált ficzomodásának esete. *Neugebauer*: Tapasztalatok a medullaris naeosissal. *Martell*: A gümőkór korai szakának kezelése calomellel. *Liniger*: Hassérvek és baleset. *Tyrman*: A külső hallójárat traumás sérülései.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 8. szám. *Schopf*: Hernia obturatoria tubae et ovarii sinistra. *Wärzel*: A pellagra Bukovinában. *Blau*: A méhnyak tágitása a Bossi-féle műszerrel.

Wiener medicinische Presse, 1903. 8. szám. *Jurié v. Lavandal*: A haemorrhoidák kezelése. *Königstein*: Néhány új gyógyszerrel a szemészeti gyakorlatban. *Rubenska*: A kaucsukballon használata a szülészetben.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 8. szám. *Kaufmann* és *Mohr*: Fehérjehizlalás. *Cipollina*: Adat az emberi és a marhagümőkór ismeretéhez. *Cordes*: Az orr adenocarcinómája. *Baruch*: A reactio elősegítése hidegvíz-alkalmazások után. *Hansemann*: Gümőkóros fertőzés a tápcsatorna útján. *Haenel*: A neuron-kérdésről.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 7. szám. *Shiga*: A dysenteria bacillusa és serumtherapiája. *Rost*: Veszéyes-e a borsav és a borax a szervezetre? *Stadelmann*: Az agy késő megbetegedései trauma után. *Wessely*: Subconjunctivalis injectiók. *Bierens de Haan*: Stomacace-járvány a délafrikai háborúban. *Otto*: Az aspirin mellékhatása. *Meyer*: Ugyanaz. *Strauss*: Új automatikus fecskendő. *Wiesner*, *Metzner*: A Röntgen-eljárás a gyakorló orvos kezében.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1903. 3. szám. *Glaser*: Az epeköbetegség gyógyítása chologennel. *Frey*: A gümőkór gyógyítása. *Platter*: Még egyszer az ülfürdőkről.

La semaine médicale, 1903. 7. szám. *Lépine*: A mellékvesekivonat hatásáról.

Journal médical de Bruxelles, 1903. 7. szám. *Le Clerc Dandoy* és *Hermans*: Epiduralis befecskendezések húgyszervi betegségekben.

Le progrès médical, 1903. 7. szám. *Poirier*: Megnyitó előadás. *Dubar*: Hydrorrhoea nasalis gyógyítása atropin-porlasztással. *Bousquet*: A kéz torzképződésének esete.

Archives générales de médecine, 1903. 1. szám. *Ferran*: A „bacille phtisiogène” okozta gümőkór kifejlődése tengerimalacban és a „sérum antiphtymique”. *Grasset*: Hystero-traumatismus esete. 2. szám. *Savariaud*: A humerus alsó vége töréseinek ideges complicatiói a gyermekkorban. *Rénon* és *Louste*: Vascularis myopathiák. *Klippel*: A rugalmas szövet veleszületett multiplex dystrophiája. 3. szám. Az előző szám cikkeinek folytatása.

Bulletin général de thérapeutique, 145. kötet, 3. és 4. füzet. *Muselier*: A veselobok kezelése. *Leredde*: A higanyadag nagyságának kérdése tabesben és paralysisben. *Gautier*: Az arrhenal használata pestisben, malariában stb. *Laumonier*: Fiatal leányok testi nevelése.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1903. 1. füzet. *Ravaut*: A liquor cerebrospinalis cytologiai vizsgálata syphilisben. *Man-toux*: Porokeratosis papillomatosa palmaris et plantaris.

The lancet, 1903. I. 7. szám. *Alban H. G. Doran*: A méhnek és szálagának fibroidjai. *R. Jones*: Gyermekkori hűdések sebészete. *E. W. White*: Elmebajosok ápolása magánlakásban. *A. Marmaduke Sheild* és *T. Clay Shaw*: Elmekórtani szempontból érdekes fejsérülés műtét esete. *A. G. Auld*: A tüdőcsúcsok vizsgálásának új módja. *H. Laing Gordon*: Purpura ritka alakja. *W. Greenwood Sutcliffe*: Appendicitis és általános hashártyalob esete. *H. T. M. Whitting*: Placenta praevia centralis esete. *A. Bankier Sloan*: Scarlatina-relapsusok. *C. A. S. Ridont*: Szokatlanul sok követ tartalmazott epehólyag műtévése. *Llevelyn Lewis*: Többszörös koponyatörés agysérvel; műtét után gyógyulás.

British medical journal, 1903. január 31. *R. M. Beaton* és *E. W. A. Walker*: A heveny rheumatismus aetiologiája. *G. H. Keyworth*: Néhány megjegyzés az aggkor betegségről. *R. S. Thomson* és *J. Brownlee*: A himlő parazitái. *F. H. Jacob* és *S. R. Trotman*: Ólom kimutatása a vizeletben. *W. Bain*: Néhány gyógyszer befolyása a metabolizmusra köszvényben. *W. M. Willis*: A physiologiai nyugalom értéke. *T. W. Clay*: Malariás eredetű puerperalis hyperpyrexia. *J. Reid*: *Hibbertia volubilis*. *N. Raw*: Emberi és marhagümőkór. *R. Caldwell*: Talajszennyezettség és betegségek. *J. F. Lees*: A katonaság tiszta vízzel ellátása háborúban. *A. Waugh* és *B. G. A. Moynihan*: A flexura sigmoidea ismétlődő volvulusa. *J. C. Clayton*: Halál chloroformozás közben.

Hetiszemle és vegyesegek.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 6. hetében (1903. február 8-dikától február 14-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1903-dik

év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,484, összesen 790,529. Elveszített 439 gyermek, elhalt 330 egyén, a születések tehát 109-vel multak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 28.9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 28.9, az egy éven felüli lakosságnál: 17.0, az öt éven felüli lakosságnál: 15.2. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 8, gümös agykérlob 4, agyguta 11, ránggöres 7, terjedő hűdés 7, hátgerinczsorvadás 0, szívbaj 27, hörglob 13, tüdőlob 39, hurutos tüdőlob 12, mellhártyalob 1, tüdővész 47, tüdőlegdag 3, bélhurut 11, májbajok 3, hashártyalob 2, kizárt sérv 2, Brightkór 10, veleszületett gyengeség 21, gyermekaszály 0, aggaszály 15, rák 10, méhrák 4, egyéb alképlet 4, gümös bajok 3, kanyaró 4, vörheny 6, álh. gégelob 1, roncsoló toroklob 7, hökhurut 3, gyermekágyi láz 2, hagymáz 0, influenza 2, himlő 0, veleszületett bujakór 2, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbanáz 3, lépfene 0, ebdüh 0, genyver 2, gyilkosság 0, öngyilkosság 5, baleset 2, erőszakos, kétes 0. **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a községi közhőrházakban. A mult hét végén volt 3325 beteg, szaporodás 901, csökkenés 906, maradt e hét végén 3320 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi február 8-dikától február 14-dikéig terjedő 6. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 56 (41), vörheny 71 (51), álh. gége- és roncsoló toroklob 48 (36), hökhurut 9 (13), gyermekágyi láz 1 (0), hasi hagymáz 1 (0), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 31 (31), vérhas 0 (0), orbanáz 13 (18), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültömirigylob 6 (7), trachoma 6 (7), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

✓ **Kitüntetések és kinevezések.** Ö Felsője a király *Lechner Károly* dr. és *Szabó Dénes* dr. kolozsvári egyetemi tanároknak a tudomány és a tanügy terén szerzett érdemeik elismerésül a m. kir. udvari tanácsosi címet adományozta; *Jendrassik Ernő* dr. a budapesti egyetemen az idegkór- és gyógytan rendkívüli és a belgyógyászat jogosított tanárát nyilvános rendes tanárrá; *Bárony János* dr. budapesti tud. egyetemi magántanárt és a Vöröskereszt-Egyesület „Erzsébet-kórháza” nőgyógyászati osztályának főorvosát a budapesti egyetemen a szülészeti és nőgyógyászat ny. r. tanárává nevezte ki. Fogadják kitüntetett és kinevezett kartársaink a legőszintébb és legmelegebb üdvözlötünket.

△ **Az országos közegészségi tanács új tagjai.** A belügyministerium vezetésével megbízott miniszterelnök *Konrád Jenő* dr.-t, a nagyszabasi m. k. állami elmegyógyintézet igazgatóját, *Lechner Károly* dr.-t, a kolozsvári egyetem ny. r. tanárát, *Farkas Kálmán* műszaki tanácsost, *Hauszmann Alajos* műegyetemi tanárt, *Osráth Albert* dr. rendőrorvost, *Klein Pál* dr. volt belügyministeri titkárt, *Thim József* dr. járási és megyei tb. főorvost az országos közegészségi tanács rendkívüli tagjaivá 6 év tartamára kinevezte.

© **Neubauer Adolf** dr.-t a Bródy Adél-gyermekkorházba rendelő főorvossá választották.

* **Próbaeladás** *Temesváry Rezső* dr. és *Detre László* dr. magántanári próbaeladásukat folyó hó 22-dikén tartották meg a budapesti egyetemen.

± **Fodor József szobra.** Az Országos Közegészségi Egyesület vezérszemléjének és egyik létrehozójának emléket maradóan alkotással óhajtván megemlékezni, 1902-ben gyűjtést indított tagjai körében Fodor tanár emlék-szobrára. A gyűjtésnek eddigi eredménye 3200 korona.

Kilátással arra, hogy nevezett összeg még 2—300 koronával fog rövidesen gyarapodni, az összeg elegendőnek látszik egy — a közel multban leleplezett Bókay-szoborhoz hasonló nagyságú — bronz mell-szobor s egy díszes talapzat megkészítésére.

Az Országos Közegészségi Egyesület f. hó 20-dikán tartott választmányi üléséből egy átiratot küld a M. kir. tud.-egyetem orvoskari tanártestületéhez, melyben helyet kér a Fodor szobor részére akár az Üllői-úti orvoskari telepen, akár az Eszterházy utczei közegészségtani intézet előtti parkban.

Az orvoskari tanártestület által kiküldendő egy-két tag a Fodor-szobor végrehajtó bizottsággal együttesen fognak a felállítás helye s a még megoldandó kérdések felett határozni.

+ **Külföldi személyi hírek** *Hitzig E.* halle-i tanár, az ismert pszichiater, szembaja miatt nyugalmába vonul. A nemrég elhunyt *Hahn* tanár helyébe *Neumann Alfréd* neveztetett ki a berlini friedrichshaini kórház sebészeti osztályának igazgatójává. *Eiselsberg* bécsi sebésztanár az udvari tanácsosi címet kapta. *Meissner*, a physiologia volt tanára Göttingenben, február 2-dikán ülte meg doktorságának félézázados jubileumát.

— A belügyminister nagyszabású munkálatot indított meg annak tanulmányozására, hogy Magyarországon csakúgy szokásban van-e az „egy gyermek-rendszer” s hogy mi úton-módon szokták az ennek a rendszernek hodoló szülők céljukat elérni.

A madridi XIV. internat. orvosi congressusra körülbelül április 14-dike táján indulnak el a magyar orvosok. A congressus április 23-dikától 30-dikáig fog tartani. Az első és utolsó napon összes ülés lesz, a többin szakosztályonként fognak a congressus tagjai ülésezni. A programm szerint ugyan a congressus 16 sectiona oszlik. Az előadásokat spanyol, francia, angol vagy német nyelven lehet megtartani. Egy-egy közlés 15 percenél több időt nem vehet igénybe, egy-egy hozzászólás pedig legfeljebb 5 percig tarthat. Az út oda-vissza körülbelül 300 koronába fog kerülni, a részvétel díja pedig 30 peseta (ca 25 korona lesz). Az egyes nemzetek bizottságainál március 20-dikáig

lehet jelentkezni, azontúl közvetlenül a congressus vezértitkárságához kell fordulni. A magyar bizottság elnöke *Pertik Ottó* professor.

— A „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie” ez évi XXXII. congressusát június 3—6-dikáig fogja megtartani a berlini Langenbeck házban.

|| A III. internationalis thalassotherapeutikus congressust f. é. április 19—22-dikén Biarritzban tartják meg.

○ A német orthopaediai sebészársaság második congressusát Hoffa tanár elnöklése alatt június 2-án tartja. Tárgyalásra kitűzött tárgyak: inplastika (referens: *Vulpus*) és coxa vara (referens: *Joachimsthal*). A congressust illető bármely ügyben *Joachimsthal* tanárhoz (Berlin W., Magdeburgerstrasse 36) kell fordulni.

✓ „Russische medicinische Rundschau” czímmel új havi folyóirat jelenik meg Berlinben, *Max Hirsch* kiadásában. Az ügyesen szerkesztett folyóirat célja az orosz orvosi irodalom termékeit tágabb körök számára hozzáférhetővé tenni.

> **Közhőrházi jelleggel felruházott új kórház.** A belügyminister a komáromi városi kórházat 1902. évi szeptember 1-től közhőrházi jelleggel ruházta fel s napi ápolási díját az 1903. évre 1 korona 80 fillérben állapította meg. (121,420/1902. B. M. szám.)

□ **Gyógyszerárú-üzletek engedélyezése.** A belügyminister megengedte, hogy *Ferencz Andor* okl. gyógyszerész, pécsi lakos Nagy-Kanizsán (Zalamegye) (137,737/1902. B. M. szám), és *Fodor József* budapesti lakos, a székesfővárosban (140,074/1902. B. M. szám) gyógyszerárú-kereskedést nyithasson.

✓ **Új nyilvános közhőrházi jellegű osztrák gyógyintézet.** A morvaországi es. kir. helytartóságnak 1903. évi január hó 5-dikén 61,007/1902. sz. a. kelt közlése szerint a *Trebitsch* város által létesített kórház a es. kir. belügyministerium 1902. évi október hó 18-án 42,557. sz. a. kelt rendeletével nyilvános közhőrházi jellegű gyógyintézetnek nyilvánított s a III. osztály szerinti napi ápolási díja a morva országos bizottsággal egyetértőleg 1903. évi január hó 1-jétől kezdve 1 kor. 80 fillérben állapított meg. (3,179/1903. B. M. szám.)

△ **Megjelent.** A budapesti orvosok szövetségének 1902-dik évi jelentése. Budapest, 1903. — *Beutner*: Gynaecologia Helvetica. H. Kündig. Genf. 1902.

† **Elhunyt** *Colasanti G.* római professor.

Lecithin Richter (tojássárgájából előállított, 4% phosphort tartalmazó szerves vegyület) egyre általánosabban elterjed, mint az idegrendszer functionalis megbetegedéseinek, kimerültségi állapotainak (*neurasthenia, hysteria*) fajlagos gyógyszere. Phosphortartalmanál fogva a csontrendszer táplálkozási megbetegedéseinél (*rhachitis*) szintén bevált; minthogy pedig a *testsúlyt növeli* és az ellenálló képességet fokozza: cachexiás állapotoknál (*tuberculosis, scrophulosis, stb.*) nagy sikerrel alkalmazzák. Kedvelt alkalmazási alakja a *lecithines csukamájolaj* (*Ol. jecoris aselli c. lecithino. sec. Richter.*)

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” Ujonnan épült magán-gyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Természetes forró, meleg kénes források, iszapfürdők, iszaporogatások, zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kád-fürdők, gyógy-víz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúsz, köszvény, ideg-, borbajok stb.** felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.t. igazgatósága** Budán.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapest, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Elektromagneses intézet dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában Budapest, Városligeti fasor 13. Elektromagneses erő alkalmazási tere: álmatlanság, izomesz, neuralgiák, ischiás, szívneurosisok, ideges gyomor-, bélbántalmak, migraine, stb. — Orvosi vezetés. — Kezelés egész napon át. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (VII. rendes ülés 1903. évi február hó 21-dikén.) 145. lap. — Közkórházi orvostársulat. (XVI. bemutató ülés 1902. évi december hó 10-dikén.) 146. lap. — Erdélyi Múzeum-Egyet. orvos-természettudományi szakosztálya. (IX. szakülés 1902. évi október hó 31-dikén.) 146. lap. — Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (Szakosztály ülése 1902. október 29-dikén.) 147. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VII. rendes ülés 1903. február 21-dikén.)

Elnök: Reich Miklós. Jegyző: Benedict Henrik.

Elnök az ülést megnyitja. A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Donogány, Zimmermann és Györy Tibor tagtársakat. Jelenti, hogy Detre László „A budapesti Jenner-Pasteur-intézet beszámolója tudományos és gyakorlati működéséről 1902”, és Temesváry Rezső Backmann Woldemar egy művét ajándékozta az egyesület könyvtárának.

Egy új saválló pathogen streptothrix-fajról és a saválló-bacillusokról általában.

Zimmermann Károly (I. sebészeti klinika, Dollinger tanár): A daganatok experimental pathológiája körül végzett kísérletei közben Podviszoki szerint plasmadiaphora brassicae-vel ojtott tengerimalacz hasfiri sajtos tumorából tenyésztett saválló pathogen streptothrix-fajról számol be.

A tengerimalacz daganatában fonalas elágazó bacillusok voltak, melyek Gram és Ziehl-Neelsen szerint festődtek. A kulturák két nap múlva pozitívek voltak, kezdetben fehér czukorszerű lepedéket képeztek; az izolált kulturák ha idősebbek sárgásak, majd rozsdás-színűek, a tbc. burgonyakultúráihoz igen hasonlókká váltak. A streptothrix-faj kutyára, nyúlra, tengerimalaczra, tyúkra, egérre, békára nézve pathogen. A házi nyulakat intravenosus fertőzés útján 3–5, tengerimalacot intraperitonealisán 4–6 nap alatt öl. Az általa előidézett kóros elváltozások a tuberculosishoz rendkívül hasonlóan (pseudotuberculosis). A göbcsék, a melyekkel az állat szervei telehintettek, a mikroorganizmust tiszta tenyészetben tartalmazzák, az belőlük ismét kitenyészthető. A göbcsékből vett kaparékban a mikroorganizmus Ziehl-Neelsen vagy Gabbet szerint festődik. Szövettanilag a göbcsék nem tulajdonképeni tuberculumok, azoknak kifejlődésére nincs elég idő (4–6 nap alatt pusztul el az állat).

A metszetekben ennek megfelelőleg óriás-sejteket, epitheloid sejteket nem találunk, hanem igenis megvannak az elsajtosodás és a sugárgomba-alakzatok. A göbcsékkjavarészt gömbsejtekből, genysejtekből állnak, a sejtek közt nagy mennyiségben a streptothrix-fonalak foglaltatnak. A mikroorganizmus a szövetekben Gram szerint igen jól, a Kühne-Borel-féle anilin-hydrochloricumos tuberculin-festéssel nem festődnek. A mint a fejtegetésből és a bemutatott számos praeparatumból kiderül, a mikroorganizmus az Eppinger-Dersy által izolált streptothrix-fajjal közel rokon, talán azonos, tőle azonban bizonyos kulturális sajátosságok által különbözik és pathogenebb.

A mikroorganizmus systematikáját az összes ismert streptothrix-actinomyces fajok rövid ismertetése és kulturákban való bemutatása által világítja meg. Arra a következtetésre jut, hogy 1. a streptothrixek nem közönséges saprophyták, a mint azt annakelőtte hitték, hanem hogy nagyon sok pathogen-faj is van közöttük. 2. A legkülönbözőbb kóros elváltozásokat, rendszeren pseudotuberculosisot képesek előidézni. 3. Morphologice, biologice a pathogen-hatást illetőleg közöttük és a saválló-bacillusok között nincs éles határ. 4. Sok saválló-bacillus van, mely tulajdonképen streptothrix. 5. A legtöbb streptothrix saválló.

Áttérve a savállás lényegére, a saválló-bacillusokat ismerteti röviden, a főbb fajokat kulturában mutatva be. Majd a streptothrix actinomyces saválló-bacillusokat morphologiai, biologiai magatartás, kultura és pathogen-hatás szempontjából hasonlítja össze tüzetesen a tuberculosis-bacillusal és variátaival. Arra az eredményre jut, hogy a saválló és a tuberculosis-bacillus között csakis kvantitatív különbségek vannak, qualitative egymástól nem különböznek. Azt hiszi, hogy a kérdés végeredményképen a tuberculosis-bacillus saprophyta voltának kérdéséhez, a tuberculosis-bacillusnak az állatból a természetbe s abból vissza az állathoz való körútjának kérdéséhez fog vezetni.

Preisz Hugó: Azon streptothrixeken kívül, melyeket előadó bemutatott, van néhány, mely *Ernstnek* legutóbbi dolgozatában le van írva, s mely sok kísérleti állatra pathogen. Ilyen talán a már régen *Raabe* által leírt streptothrix canis, mely a végtagokból kiinduló lymphangitisben és mirigyduzzanatokban találtatott, tbc.-hoz hasonló volt és hasonlított actinomycosis bizonyos alakjaihoz. Úgy látszik, hogy embernél is előfordulnak streptothrix által okozott esetek, melyek megérdemlik különösen a sebészek figyelmét. Másik megjegyzése az actinomycosis szövettanára vonatkozik. Ez szóló tapasztalata szerint határozottan különbözik más streptothrix által okozott kórfolyamatoktól. Az actinomycosis kétségtelenül granulációs folyamat, mely a tbc. szövetekhez hasonló nagy epitheloid és óriási sejteket létesít. A nagy tökérlől leváló, apró fiatal részletek, melyek kis bacillusokhoz hasonlítanak és vándorolnak a szövetközökben, vagy vándorsejteket által vitetnek tova, terjesztik a folyamatot a szomszédos szövetben. A faren de boeuf-nél ilyen szövetelváltozást sokat nem látott.

A saválló bakteriumokat illetőleg egy adattal szolgálhat, mely gyakorlati szempontból fontos. Egy perés ügyben a vevő vissza akarta adni az állatot, mert gyanusnak találta, de a második véleményező forum nem adott biztos véleményt; azt mondta, a tüdő gyanus és a váladékot kell megvizsgálni. A váladékban talált itt-ott néhány bacteriumot,

mely tuberculoid bacteriumnak bizonyult, de a mely lassú növekedése által is megkülönböztethető volt az eddig ismertektől. Aujeszky vizsgálta azután meg és közömbösnek találta; sem a váladék-, sem a kultúra-kísérlet állatot nem inficiált.

Végül előadó azon megjegyzésére, hogy tán sikerül azt a kört megtalálni, mely arra utal, hogy a tuberculosis-bacillus mint saprophyta is létezik, azt jegyzi meg, hogy a phylogenetikusan kifejezett sorozatban létezhetnek a tuberculosis-bacillusoz hasonló bacillusok, de azért a pathogenitas fokáig mégis csak a gümöbacillus jutott el, melynek lehetnek visszafejlődés vagy degenerálás és különböző állapotokhoz való alkalmazkodás folytán különböző válfajai, hogy azonban gümöbacillussá átalakulható saválló saprophyták léteznének, az iránt aggódni talán nem kell.

Aujeszky Aladár: Az előadó által említett bacillus, melyet felszólaló vajból tenyésztett ki, nemcsak hasonlít a *Grasbergeréhez*, hanem tényleg azonos is vele. Hogy mi a savállás oka, ennek sokféle magyarázata van, de a valódi okot nem tudjuk. Azt merné állítani, hogy ennek különféle oka lehet. *Bienstocknak* azt a kísérletét, mely szerint az ő tenyésztésén az anthrax, typhus és colibakteriumot sikerült savállóvá tenni, megpróbálta, és 30 generation át mindig ugyanazon összetételű tenyésztésen nem tudta a savállóvá való válást kimutatni. *Arloing* azon állítása, hogy vannak mozgó saválló bacillusok, azt hiszi, tévedésen alapul, 15 felét figyelt meg, önálló mozgást nem látott, a cilia-festés sem sikerült. A mi a hőfokot illeti, a legtöbb alacsony hőnél tenyészik, vannak azonban kényesebbek is. Így a *Preisztől* kapott is egyike volt a kényesebbeknek. A tuberculin-reakciót illetőleg *Zupnik* legújabb közlése szerint, a tuberculinnek nem volna nagyobb hatása, csak fokozatos különbséget lehet kimutatni.

Krompecher Ödön: *Preisz* megjegyzésére nézve, hogy a saválló bacillusok a tuberculosis-bacillus phylogenetikus sorozata volna, van tapasztalata. Egy tuberculosis-bacillust hat éven át mesterséges táptalajon tenyésztett, hat év múlva tejszerű emulsiójából 5–6 cm³t házinyúlba oltva, a nyúl egészséges maradt, tehát avirulens lett a tuberculosis-bacillus, mert tuberculosis klinikailag előidézni nem tudott. Biologiailag és morphologiailag tuberculosis pisciumhoz annyira hasonlított, hogy alig, sőt nem is lehetett tőle megkülönböztetni. Tuberculin-képzés tekintetében is hasonló volt ehhez, vagyis nem képezett már tuberculin. Ugy viselkedett tehát teljesen, mint saválló-bacillus. Másik hasonlóság a bunkóképződés. *Actinomyces* bizonyos szemeséket képez, melyek bunkókat hoznak létre. *Babes* subduralisan befecskendezett tuberculosis-bacillusokat és látott bunkóképződést. *Lubarsch* és *Friedrich* intraarterialisán vagy intraparenchymatosusan fecskendezték be és látták a bunkót a tuberculosis-bacillusból képződni. Intravenosus injectioval is megkapták, de csak egyszer. Maga is csinált ilyen kísérleteket intravenásan és tíz esetben látta ezen sugárszerű képződéseket. De csak akkor kapni ezen actinomyces szemeséket, ha nem finom emulsiót injiciálnak, hanem durva rögöket. Még akkor is sikerült előállítani ezen bunkókat, ha a virulens tuberculosis-bacillust el is öljük. Minthogy holt bacillusokból is elő lehet állítani, nem kínvések, hanem degenerációs alakok.

Nem tartozik szorosan ide a kérdés, melyre nézve most folynak nálunk a vizsgálatok, hogy az emberi tuberculosis és a szarvasmarha-tuberculosis azonos-e? Sok szerző hangoztatja, hogy már csak azért sem lehet azonos, mert a kétféle bacillus különböző elváltozásokat idéz elő, emberben tuberculosisot, marhában gyöngykórt. Tavaly azt mondtuk, hogy egyformán virulensek a bacillusok, mert a házinyúl nagyon fogékony a tuberculosis iránt. Most a tuberculosis iránt egyik legkevésbé érzékeny állaton, az egéren végezzük kísérleteinket, a melyen a virulentiabeli finomabb különbségek nem mosódnak el, és azt tapasztaltuk, hogy fehér egereken 2–4 mgr. (emberre átszámítva 4–5 gr.) tuberculosis-bacillus-tenyészet az emberi tuberculumoktól elütő képleteket hoznak létre, melyek górcsőleg is teljesen mást mutatnak. Nem mutatnak typosos elváltozásokat, hanem olyanokat, minőket a saválló-bacillusok embernél és nyúlánál idéznek elő: sarjszövettől körülvevő tályogokat. Tehát valamely virulens tuberculosis-bacillus disponált állapotban typosos tuberculosisot idéz elő, nem disponált állapotban pedig olyant, mint a saválló-bacillus. Tehát különböző állapotokban található elváltozások különbözők, és nem lehet ebből visszafelé következtetni a bacillusok különbözőségére.

Zimmermann Károly: Sok részletet ki kellett hagynia az időre való tekintettel, így az actinomycosis szöveti lényegével sem foglalkozhatott. Megegyezik véleménye a Krompecherével. Hogy sugaras elrendeződés faren de boeuf-nél előfordul, maga is látta. A mi Aujeszky felszólalását illeti, szóló nem mondta, hogy mind csak alacsony hőmérséknel nőnek. Vannak thermophilek, 50° C. némelyiknek az optima, sőt van olyan, mely 100°-nál sem pusztul el. A Krompecher által elmondottakhoz hozzájárul, hisz együtt végezték e kísérleteket. Kettőn áll a vásár, magán a bacteriumon és a milieun. De ez nem gátolja meg, hogy a kórfolyamatot felvegyük. A tuberculosis-bacillusnak a természetbe jutására nézve vannak adataink, a milieun átváltozásával átalakul. Emberben, hideg, melegvérű állatban más-másként viselkedik. Az onnan való visszakerülés nincs bebizonyítva, de az ellenkező sem, úgy hogy ez tisztán nézet dolga.

Közkórházi orvostársulat.

(XVI. bemutató ülés 1902. december 10-dikén.)

Elnök: Schrodt Antal. Jegyző: Juba Adolf.

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Makara Lajos és Steiner Gyula tagtársakat.

A Sudeck-féle aether-kábításról.

Manninger Vilmos: A Sudeck-féle aether-bódítás, illetve Kronacher megcsakított aether-altatásának lényege abban áll, hogy az aether-altatás kezdeti szakaszát, az excitációs stadiumot megelőző állapotot használja fel műtétek fájdalom nélkül való végzésére. Technikája a következő: a Julliard-féle aether-kosárba töltünk néhány gramm aethert, melyet a jól lekötözött beteg arcához közelítünk, míg a beteg az aether szagához hozzá nem szokott. Ekkor hirtelen 20 gramm aethert töltve a maszkbá, azt a beteg arcára nyomjuk. 5–10 görcsös belégzésre percekig tartó érzéstelenítést érhetünk el; az excitatio beálltával a kosarat elveszszük mindaddig, míg a beteg újra kezd ébredni. Most újabban adunk 10 gm. aethert a legközelebbi excitatioig s így tovább.

Az eljárás előnyei a következők:

1. Az aether-bódítás a belégzés útján ható érzéstelenítő eljárások közül a legkevésbé veszélyes.
 2. Kellemetlen utóhatással nem bír, a mennyiben sem émelygést, késői hányást, főfájást, sem bronchitist nem okoz.
 3. Alkalmazása egyszerű, úgy hogy szükség esetén maga a műtő végezheti a bódítást s ez teszi az eljárást kiválóan alkalmassá a gyakorló orvos számára.
 4. Alkalmazható az összes rövid ideig tartó műtéteknél, különösen ambulans betegeknek is, mert a beteg néhány perc múlva elhagyhatja a műtőhelyiséget.
 5. A fájdalomérzés teljesen szünetel, míg a reflexek megmaradnak, ennek dacára heveny ficzomok repositiojára is alkalmas.
 6. Hosszabb ideig tartó műtéteknél a kezdeti bódításnak és a megcsakított aether-altatásnak egyesítésével az analgesia tartama tetszés szerinti ideig hosszabbítható; csak arra kell figyelni, hogy az excitatio szakaszát túl ne lépjük.
 7. Csakis vegytiszta aethert szabad alkalmazni. A Merck-féle aether pro narcosi minden tekintetben megfelel.
- Végül bemutatja előadó az új szt. János-kórház sebészeti osztályán végzett első 60 aether-bódítás táblázatos kimutatását.

Jothionnal kezelt súlyos syphilis-esetek.

Steiner Gyula: A syphilis terapiájában a mercuron kívül a jodsók bírnak specifikus gyógyképesseggel, melyek közül leginkább a jodkalium, ritkábban a jodnatrium használtatik, míg a többiek, úgy mint jodammonium, jodinctura, jodoform, jodlithium és jodrubidium már nem igen használtatnak. A jodot, melynek specifikus hatása különösen a syphilisnek harmadik stadiumában nyilvánul, a secundaer-stadiumban is használjuk segítő szernek, vagy ha a betegek elegendő mercurt kebelezték be, vagy lues malignánál, vagy a korai stadiumban fellépő esont. izület- vagy idegbajoknál, sokszor egymagában is. Mivel némelyek a jodkali belső vétele iránt idioszinkrasiával viseltetnek, s több vagy kevesebb jodkali használata után a jodismus tünetei lépnek fel, vagy mások gyomor- és bélbántalmak miatt belső szerelést egyáltalában nem tűrnek, örömmel kell üdvözlőnünk minden oly jodkészítményt, mely subcutan kebelezhető be és a jodismust nem idézi elő. Ilyen gyógyszer a jodipin és legújabbban a Bayer cég jothionja, mely analog a jodipinnel. A jothion egy jod-sesamolajkészítmény, sárgás-barna színű, syruptzerű folyadék, nehezebb a víznél. Kétféle készítmény van, 10% és 25%-os, az előbbiben 1.6%, az utóbbiban 2.5% kén foglaltatik. A kén jodmegkötő szerepét viszi. Az előbbi per os adagolják, az utóbbit subcutan injectiók alakjában. Előnye, hogy a jod nagy mennyiségben kebelezhető be, a betegek jól tűrik s a jod igen lassan válik ki. Az utolsó injectio után 14 napra is kimutatható a nyálban a jod. Róna tanár osztályán a 25%-os készítményt használtuk, mert ennek értéke birt fontos-sággal reánk nézve. A készítmény maga steril, s mivel kissé sűrű, legcélszerűbb kőllőleg sterilizált serumtíval a farpofákban injiciálni mélyen subcutis alá. 4 cm³-rel kezdtük az injectiókat és 2 cm³-nyi emelkedéssel 20 cm³-ig mentünk, ezután 8 napi pihenőt tartottunk és 4 naponként 20 cm³-t injiciáltunk.

Az esetek, melyeknél a jothiont használtuk, a következők:

I. Syphilis maligna.

R. J.-né október 23-dikán vétetett fel Róna tanár osztályára. Négy hó óta beteg; a betegség elején a bal áll alatti táj volt megdagadva és 15 higanybedörzsölést végzett, négy év előttig köhögött és éjjel izzadt, azóta csak ritkán köhög, férje egy év előtt tuberculosisan halt meg. Felvételtkor nagyfokú anaemia, az egész köztakarón általános pustulás syphilid, rupiás syphilidek a végtagokon, hajzatos fejbőrön, arczban, bal szem felett és a bal külső szemzugban. Nyaki tarkómirigyek nagy babnyiak, kemények.

Genitáliákon és környékén semmi elváltozás. Beteg igen gyenge s nagy fokban lesoványodott. A primaer laesio valószínűleg a bal tonsillán volt. Beteg csak jothionnal kezeltetett. Összesen 11 far-injectiót kapott. A pustulás syphilidek visszafeljöttek, a beteg ereje rohamosan növekedett s meghízott.

II. Lues III.

T. B. 23 éves leány állítólag mindig egészséges volt, 2 1/2 hó lőtt bal térd megdagadt és kisebesedett; antiluetice nem lett kezelve.

Felvételtkor a bal térd fölött a bőr kissé oedemásan duzzadt, férfitenyérszerű területen kékes-vörösen felszínesedett, rajta 4 fillérszerű kerek, sárgásfehérnyelű belepett mély fekély; széteső gummák. A beteg térd local bor-vaselinnel kezeltetett, ezen kívül 9 jothion-injectiót kapott, az utolsót december 6-dikán. A gummák gyógyultak.

III. Syphilis hereditaria.

S. M. 23 éves leány október 27-dikén vétetett fel Róna tanár osztályára. Hat hó előtt vette észre, hogy az orrahegye vörösödik, a honnan a vörösödés tova terjedt a felső ajkra is. Két hó óta az orr és felső ajk kifekélyesedett, genyed. Szüleit nem ismerte, talált gyermek. Gyermekkora óta alszárai duzzadtak.

Felvételtkor az orr hegyén és a felső ajkon egy-egy koronányi kifekélyesedett göbös syphilid. Alk alatt mogorósní mirigyek; a nyaki tarkómirigyek nagy babnyiak; periostosis a kardalakú tibiákon. Hutchinson-fogak. Ezen beteg szintén bor-vaselinnel kezeltetett localiter, és gradatim jothion-injectiókat kapott összesen 9-et. A göbös syphilidek gyógyultak.

A mint láthatjuk, a syphilis különféle alakjainál használtuk a jothiont, a betegek jól tűrték, a jodismust semmi tünetét nem észleltük és mindenütt a lehető legjobb eredményt érték el.

Ezek után ott, hol a betegek a jodkaliumot nem tűrik, vagy ott, hol az belsőleg nem adható, tehát ott, hol a jodipin indicált, haszonnal alkalmazhatjuk a jothiont is. Hogy jobb-e a jodipinnél, nem mondhatjuk, mert összehasonlítható adatok fölött nem rendelkezünk.

Guszmán József: Fél év óta kísérletezünk az egy etemi bőrkórtani intézetben és a Nékám vezetése alatt álló osztályon a jothionnal és hasonló eredményre jutottunk, mint bemutató. 18 esetet észleltünk. Winternitz 1897-ben alkalmazta először a jodszírokat. Ha jodot olajjal összehozunk, az olajnak nem kötött sava egyesül a joddal, a szervezetben mindenfelé lerakódik és oxydálás után kiválik. Ezért jó hatású a jodipin és a jothion is, mert valóságos jod-depót-t viszünk be a szervezetbe.

A jothionnak mindkét adagolási módját alkalmaztuk, a 25%-os pro injectio és a 10%-os belsőleg; de többször alkalmaztunk injectiót, nem 4–5 cm³-t, hanem 3–5 cm³-t. Főként tertiaer esetekben. Súlyos gummák szépen gyógyultak.

Kérdés, jobb-e a jodipinnél a jothion? Tényleg jobb valamivel, bár hatása ugyanaz. Hogy melyik marad tovább a szervezetben, erre nézve control-kísérleteket végeztünk. Párhuzamosan adtunk lues-esetekben 5 cm³-t a glutialis tájékba, a 24 órai vizeletet vizsgáltuk és kiderült, hogy a jothionnal kezelt esetek tovább adták a jodreactiót. Quantitative is meghatároztuk a Strube-féle kísérlettel, és kiderült, hogy jodipin után több jod válik ki a szervezetből, mint jothion után, úgy hogy ez utóbbitól tovább marad a jod a szervezetben.

Jodismust nem találtunk. A jothion alkalmazása kombinálható Hg-kezeléssel, bár eleinte azt hitték, hogy a 2:5–1:50 S-tartalom contraindicálja, de semmiféle kellemetlen tünetet nem láttunk.

Genersich Antal: A jodos olajok alkalmazásánál szükségesnek tartja az óvatosságra figyelmeztetni, mert bonczolt olyan esetet, melyben olaj subcutan injectioja után a tüdőben olyan áttéti tályogok voltak, melyekben olaj volt. Kétségtelenül az injectiótól származott a tályog. Az oki összefüggés kétségtelen volt. A görcsö alatt és osmium-kezelésnél kétségtelenül kitűnt, hogy a tályogban olajcseppek vannak. Ezért a nagy adagban való injectiótól óva int. 20 gm.-nyi adagot ezért túl-nagynak tart, 10 gm.-nál többet veszélytelenül nem adhatni.

Donogány Zsákariás: Olajnak subcutan adagolásával foglalkozott a II. belgyógyászati klinikán és azt találta, hogy 60–80 gm. kellemetlenséget nem okoz, de mikor olvasta, hogy Leyden egy esetben 180 gm. olaj subcutan zsiremboliát okozott, abbahagyta a kísérleteket.

Genersich Antal: Lehet, hogy ezen a példán indulva adták táplálás céljából az olajat abban az esetben, melyet bonczolt.

A napirend ki lévén merítve, elnök az ülést bezárja.

Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(IX. szakülés 1902. évi október hó 31-dikén.)

Elnök: Lőte József. Jegyző: Konrádi Dániel.

(Vége.)

A repedés constataása után betegnek azonnal camphor-injectiókat adott, majd intézkedett a laparotomiás szobára való szállíttatása felől, hol éppen egy ovariumeysta műtét volt előkészítve. Az esetről jelentős tétetvén, Szabó tanár azonnal műtéthez készült, egyidejűleg a szülönőt is narcotizálták s lemosták úgy, hogy a repedés constataása után körülbelül 1/4 órával már kezdetét vette a műtét. A vékony hasfalak átmetszése után bővebb mennyiségű vér ürül, majd egy kar esik a résen elő. A májtájon található lábak felkeresése után a magzat lábakra fordítatván extraháltatik. Ezt követte a méh kigördítése. A mellő faláról a hashártya a sértetlen hólyaggal egyetemben nagy lebezyben leválasztott. A méhnyak mellő falán a contractio gyűrű alatt egy harántul futó repedés látható, melylyel baloldalt egy hosszanti lefutású szakadás kereszteződik, mely azonban a külső méhszájat el nem éri. E mellett baloldalt a ligamentum latum lemezei széjjelválasztottak, az így képződött üreg lazább véralvadékkal részben még most is kitöltött (haematoma).

A vérző edények ellátása a jobboldali lig. latumban az art. spermatica területének alakításával vette kezdetét, ezt követte a jobb art.

uterina felkeresése a repedésben és lekötése a méh szövetében vezetett öltéssel, hasonlóképen láttattak el a baloldali üterek is. Jobboldalt újra bővebb vérzés mutatkozik, mely egy mélyen, a méh szövetében vezetett aláöltésre szűnik. A repedés szélei annyira ronesoltak lévén, hogy azok egyesítésére gondolni sem lehetett, a méhtest amputatioja vált szükségessé, lemetzése előtt a hashártya a méh hátsó felületéről is nagyobb lebenyen leválasztott.

Az amputatio megtörténte után mindenekelőtt a baloldali hosszanti repedés egyesített selyem szűcsvarrattal, majd a nyakesatornáknak a hüvelybe vezetett jodoformgazevel való kitömése után a cervix felső szélei egyesített selyem szűcsvarrattal, mi által egy a méh fenékhez hasonló, ívelt taraj resultált. Ezután — bár felmerült a bal lig. latumban levő üreg kivezető drainázásának kérdése — e szálág lemezei is egyesítették. A csomónak peritoneummal való borítása a lebenyek felesleges részének reszálása után a jobboldali spermatica aláöltése helyén, azok elsüllyesztésével vette kezdetét és selyem szűcsvarrattal balfelé folytatott. A belek között lévő véralvadékok kikapintása után a hasseb egy rétegben silkwormgut csomós varratokkal egyesített. Dermatot, nyomókötés. A természetesen halott magzat súlya 4000 gr. volt. Hossza 56 cm. Fejkerület 37.0 cm. Egyenes átmérő 11.1 cm. Nagy haránt átmérő 9.9 cm. Nagy ferde átmérő 13.7 cm. Kis ferde átmérő 10.9 cm.

A lefolyás igen kedvező volt. Első napokban mutatkozott ugyan néhány 38.0-ot is meghaladó hőemelkedés, azonban ezek csakhamar elmaradtak. Nyolcz napon összes fonalak eltávolítása. Vonalas egyesülés, csak a hasseb közepe táján volt egy mogyorónyi felületen genyedés. A hasseb helyét egy vonalszerű zsugorodott heg alakjában az operált asszonyon demonstrálja, elmondván, hogy a műtét utáni 40-dik napon felkelt s az 50-diken távozott a kórodáról.

Befejezésül hangsúlyozza, hogy az ismertett műtétet a complet méhrepedésnél határozott indikációk mellett (vérzés és a magzat kilépése a hasürbe) végezték, továbbá, hogy ezen eset is alkalmas annak illusztrálására, a mi az intézetben mindig vezérelv gyanánt szokott szerepelni, hogy desperálnak látszó esetekben is, ha meg van az eredményes beavatkozásnak reménye, tekintet nélkül a nehézségekre s ama körülményre, hogy a bizonytalan siker a műtét statisztikát ronthatná, el kell a műtétet végezni; hogy ez nem lesz mindig felesleges fáradság, a bemutatott eset is bizonyítja.

Átkontz magántanár különösen fontosnak tartja, hogy a méhrepedés burokrepedés után, a hőmérsék emelkedését követőleg lépett fel s a műtét után mégsem lépett fel infectio. Nem rég gyakorlatában egy szülésnél segédkezett, melyhez akkor hívták, midőn a burok már megrepedt s az anyánál hőemelkedés mutatkozott. Olyan fokú medenceszűkületet constatait, a melynél a magzat csak a fej megfúrása után férhetett át. Tekintettel arra, hogy a magzat még élt, az anya a magzat érdekében a császármetszés végzését követelte, felszólaló — tekintve, hogy a burok épségének és hőemelkedés hiányának feltételei nem voltak meg — eme kívánságát visszautasította. Kérde, vajjon a fennebb hangsúlyozott tapasztalat alapján nem lehetne-e a felhozott contraindicationtól hasonló esetekben eltekintve relativ indicatio mellett esetleg császármetszést végezni.

Szabó tanár válaszát azzal kezdi, hogy nem ismer olyan szabályt, mely alól adott esetben egyik vagy másik operateur saját felelősségére kivételt ne tehetne, vagy a melyet ne módosíthatna, azonban ez mitsem változtat az illető szabály érvényességén.

Az ismertett esetből a fenti következtetést annál kevésbbé szabad levonni, mivel felszólaló a feltételes indicált császármetszésről szólott, az ismertett műtét ellenben absolut indicatio alapján végeztetett. Olyan esetekben, midőn a magzat még nem lépett ki a hasüregbe és a természetes utakon eltávolítható, nem folyamodnék hasmetszéshez. Felfogása jogosultságának illusztrálására egy esetet említ, melyet a szülészeti klinikán a mult évben észleltek. A szülést a ruptura létrejötte után extractioval fejezték be, a repedést tamponálták s az asszony — bár napokon át magas hőemelkedések és peritonealis izgatottság tünetei mutatkoztak — meggyógyult.

Ha a magzat a hasürbe kilépett, indicálva van a hasmetszés már a magzat eltávolításának czéljából is. A méh sebének milyensége fog a további eljárásra nézve dönteni. Elv lehetőleg kevés csontkitást végezni, tehát ha lehet, a repedés egyesítendő, ha ez kivihetetlen, legalább a cervix meghagyandó, ha azonban a méhnyak is ronesolt, a totalis exstirpationhoz kell folyamodni. Ismétli azonban, hogy ott, a hol hasmetszés nem indicált, elkerülendő. Annál megszívlelendőbbnek tartja ezt a császármetszés relativ indicatiojának felvetésénél, mert hiszen itt a magzat perforatiojával olyan módszer birtokában vagyunk, melylyel a szülést az anya veszélyeztetésének teljes elkerülésével befejezhetjük.

Malom dr. hangsúlyozza, hogy az anyának a sectio caesarea előtt mutatkozó hőemelkedése a Porro-műtétet indicálja. Tekintve, hogy ez az anya mélyreható csontkitását jelentené, perforatio végzése esetén pedig remény lehet arra, hogy egy következő terhességben, esetleg művi koraszüléssel az anyát élő magzathoz juttathatjuk, a felvetett esetben császármetszés végzését kétszeresen kerülendőnek tartja.

4. Buday Kálmán bemutatásai: A míg a nyaki nyirokmirigyek gümőkórjánál számtalanszor tapasztaljuk, hogy azok idővel ellágyulnak és kifelé áttörnek, addig a peribronchialis és mesenterialis mirigyeknél hasonló ellágyulások és áttörések jóval ritkábbak, s ha előfordulnak is, a mirigyek rejtett helyzete miatt nehezebben ismerhetők fel. Pedig ezen nyirokmirigyek ellágyulásai súlyos complicatiókra adhatnak alkalmat: a peribronchialis mirigyek áttörhetnek a hörgőkbe, a belfodri mirigyek pedig a belekbe; ezen áttörések további következményeit tanulságosan

mutatja az a két eset, a mely röviddel egymásután a kórbonczatani intézetben bonczolásra került:

Az első esetben gümös peribronchialis mirigy átfuródása következtében aspirációs gümőkór jött létre, mely tüdőgangraenához és halálos tüdővérzéshez vezetett. A 16 éves férfibeteg állítólag egy éve megbűlt és erősen köhögött s akkor négy hétig ágyban fekvő beteg volt. Most augusztus eleje óta erősen köhög, öt napja véreket is köpött. Kopogtatásnál nála a bal tüdő alsó részén nagy tomputat található. Köpete bűzös, legnagyobb részét alvadt bomlott vér, benne sem gümöbaccilusok, sem ruganyos rostok nincsenek. Azon nyolcz nap alatt, a meddig a kórodára felvétele után élt, a vérköhdögés naponként megújult és mindig igen erősen jelentkezett, úgy hogy végül nagyfokú anaemia jött létre.

A bonczolásnál mindenekelőtt egy általános gümőkórt találtunk nem igen nagyszámú és meglehetősen kicsiny gümövel. A tüdők felső lebenyeiben régiebb gümös változások nem voltak, az alsó lebenyek közül csak a baloldali volt megbetegedve.

A bal alsó lebenyen ugyanis egy nagy caverna volt bomlott véralvadékkal telve, üszkös széteséssel a caverna falában. Ezen caverna körül az egész alsó lebeny légtelen a pneumonia desquamativa és interstitialis képével, de külön álló gümők nélkül. A mellhártya ellenben az egész alsó lebeny felett igen erősen megvastagodott és sűrűn telve volt nagy gümőkkel, a melyek egymással egy sajtos kéregbe folytatódta össze. E szerint tehát a bal alsó lebenynek phthisise volt jelen és pedig gümös eredettel, a mit az alsó lebenyre szorító gümőkör, az általános miliaris gümőkör és azonkívül a peribronchialis mirigyek kiterjedt elsaftosodása is eléggé bizonyított. Ezen izolált chronikus gümőkórja egy alsó lebenynek gyanút keltett arra nézve, hogy az talán egy peribronchialis sajtos mirigy átfuródása következtében támadt, és csakugyan a hörgők felmetszésénél a bal főhörgőbe vezető kis járatot találtunk, a mely egy elgenyedő peribronchialis mirigy üregébe vezetett. E szerint a tüdőüszk és tüdővérzés izolált alsó lebeny gümőkórból származott, a mely viszont egy gümös peribronchialis mirigynek az átfuródásából keletkezett.

Ezen eset emlékeztet egy másikra, a mely másfél év előtt fordult elő intézetünkben és a melyben szintén csak egyik alsó lebenyen léptek fel cavernák és a köpetvizsgálat gümöbaccilusokra szintén eredménytelen volt. A felmetszett bronchusban ez esetben egy heg volt, a melynek redői közt egy áttört peribronchialis mirigynek elmeszesedett tartalma volt látható. Korai volna ezen két esetből messzemenő következtetéseket vonni, de mégis azon gondolat támad az ilyen esetek kapcsán, hogy az ilyen sajtos mirigy átfuródásából származó aspirációs tüdőtuberculosis talán inkább maradhat egy tüdőlebenyre korlátozva, mint a közönséges tüdőcsúcs-tuberculosisnál, a mely rendszerint előhaladó jelleggel bír.

A szövetek helyi dispositiojának különbözősége valószínűleg közrejátszik abban, ha az alsó lebenyen aspiratio által keletkező tüdő-tuberculosis lefolyás tekintetében a csüestuberculosisistól eltér.

A második esetben a mesenterialis mirigyek gümőkórja okozott bélátfuródást és halálos bélvérzést. A nyirokmirigyek itt testszerte igen erősen meg voltak nagybodva és pedig az anamnesis szerint mintegy négy év óta. Négy hete időnként gyomortáji fájdalmak vannak, hasában csomót érez. Az észlelés alatt a hastáji fájdalmak állandóan megvoltak, a halál előtt pár órával hirtelen igen erős vérszegénység lép fel, végtagjai hűvösek, széke kátrányszerű, véres tömeget képez.

A bonczolásnál a nyaki, mellkasi, hasi nyirokmirigyek igen erős megnagyobbodása és kiterjedt elsaftosodása találtatott, úgy hogy ezen tájéki mirigyek ökölnyinel nagyobb tömeget képeztek. A belfodor gyökerét a mirigyek igen erősen megvastagították és a duodenumot annyira körülvezték, hogy az szinte teljesen sajtos mirigyek közé volt beágyazva és azokkal feszesen összenőve. A belfodor lemeze közt azonban a gerincoszlop felé felnyúlva üszkös lágyulás mutatkozott, a melybe a sajtos mirigyek lecsupaszítva mintegy sequesterszerűleg nyúltak be. Ezen üszkös lágyulások üregek a duodenummal három járat által közlekedtek. A duodenumban, gyomorban és az egész bélhuzamban mindenütt igen sok vér. E mellett itt is egy általános miliaris gümőkór volt jelen, meglehetősen nagy sajtos gümőkkel különösen a lépben és a tüdőkben.

E szerint tehát itt a belfodri gümös mirigyek a duodenummal összenőve annak falát áttörték s a béltartalom a sajtos mirigyek közé hatolva idézte elő a belfodorlemezek között talált éves folyamatot.

Érdekes volt ez esetben, hogy a chylus-keringés megzavarásának jelei is mutatkoztak. Tudniillik a hasüregben mintegy fél liter hig, térszerű, sárgásfehér folyadék volt, melyet valószínűséggel chylosus ascitesnek kellett tartani, miután a peritoneumon gyuladós jelenségek nem voltak s a folyadék bacteriumokat nem, ellenben meglehetősen sok szabad zsírszeppet tartalmazott. A chylus-pangásra mutatott még az is, hogy a duodenum nyálkahártyájában a chylus-edények fehéres chylussal igen erősen telve voltak, úgy hogy minden egyes chylus-edényt mint fehér pettyet lehetett látni a szürkés nyálkahártyán. A ductus thoracicus törzsében semmi eltérés nem volt, egyes chylus-edények azonban a mesenteriumban lévő sajtos mirigyek által nyilván igen erősen összenomattak.

A harmadik eset, a melyet bemutatni kíván, kiterjedt bélhalás az art. mesenterica superior eldugaszolása következtében. A mentők által beszállított beteg egy 32 éves téglagyári munkás volt, a ki állítólag két hét előtt valami haltól megcsömörlött és azután jobban lett, egy hete ismét hány, széke öt nap óta nem volt, csuklik, szelek nem mennek. A belgyógyászati klinikán hashártyagyuladás jeleit lehetett feltalálni nála: nagyfokú collapsus, hideg végtagok, igen gyenge szív-

működés, zavart öntudat, igen nagy fájdalomsság a has tapintásánál, folytonos hányás, csuklás, vizeletben indican. Másnapra a beteg meghalt. A boncolásnál az egész csipő bélhuzam és az éhbélkaesok alsó része, továbbá a vakbél és a felhágó vastagbél egy igen súlyos diphtheritikus gyuladás képét mutatta, míg a Payer-plaqueok genyesen voltak beszűrődve. A belek peritoneuma sötét szederjes, vérzések, tapadás fibrin hártával fedett. Az art. mesenterica superior törzsében egy teljesen obturáló thrombust találtunk, a mely a bélváltozások megfejtését adta.

Különös, hogy másutt sehol embolia nem volt, sem szívbaj nem volt jelen, a honnan az emboliát származtatni lehetne, úgy hogy nincsen kizárva az, hogy itt nem emboliával, hanem thrombosisal van dolgunk, a milyen eseteket Litten is észlelt.

5. Jancsó Miklós és Veszprémi Dezső periarteritis nodosa egy esetéről referálnak. (Eredeti közleményeink között egész terjedelemben közöltük.)

X. szakülés. 1902. november hó 10-dikén.

1. Konrádi Dániel előadja értekezését „Adalék a kísérleti veszettség tüneteinek és prophylaxisának ismeretéhez” czímen. (Eredeti közleményeink között egész terjedelemben közöltük.)

2. Veress Elemér előadása: A szaglószerv ingerléséről, szagos folyadékok közvetlen behatása révén. (Megjelenik az Értesítő jövő füzetében.)

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(Szakosztály ülése 1902. október 29-dikén.)

Lymphosarcoma colli.

Verebélyi Tibor: Sz. J. 26 éves erőteljes fiatalember nyakának jobb oldalán gyermekfejnyi daganattal kereste fel a klinikát; a daganat egy év alatt érte el jelen nagyságát, mikor is határai: fent a mandibulaszél illetve hallójárat, hátul a csecsnyújtvány, elöl a középvonal, alul a kulcsesont. Tömött, egyenletes, dudoros terimenagyobbodás, melyben egymástól elkülöníthető egyes göbök nem tapinthatók; alapja a mély nyaki izmok felett elmozdítható, a nyeléssel nem mozog; minthogy a vérvizsgálat negatív volt, a diagnosist lymphosarcomára tettük, azzal a Jordan ajánlotta megszorítással, hogy lymphosarcoma minden a mirigyből kiinduló elsődleges heterotopikus daganat tekintet nélkül szöveti jellegére. A chloroformnarcosisban kiirtott daganat kúp alakú, mely kúp alakja az izmokon nyugszik, csúcsa előre és lefelé tekint, alapján belé ágyazva fekszik 5 cm. hosszúságban a carotis épen oszlási helyével, 6 1/2 cm. hosszúságban a vagus, 9 1/2 cm. hosszúságban a vena jugularis int. Metszéspontja velős, de nem egyenletes, mert kisebb-nagyobb részben élesen körülírt, részben összefolyó kerekded göbökből áll, melyek közt sárgás csíkok jelzik a határt. Nem nehéz a göbökben a mirigyeket, a sárga csíkokban a közti sorvadt zsírszövetet felismerni, melyet meg-megszakít az egyes mirigyeket egymással összeolvasztó, a mirigyek tokján átburjánzó velős szövet. Mikroszkopice a daganat valóságos lymphosarcoma, még pedig olyan nagyobb sejti alak, a mely a csir központok széli sejteinek heteroplastikus burjánzásából ered, s így a középen áll a lymphocytá jellegű s az óriás sejti follicularis jellegű lymphosarcoma között. Érdekes a carotis darab jelentékeny endarteritis, mely jelentékenyen szűkíti a különben is nyomott lument s természetét illetőleg tisztán nyomási eredetű. Valószínű, hogy az ütőer összenyomtatásán s bizonyos ismeretlen bonczani viszonyokon kívül, épen ennek az endoarteritisnek van főrése abban, hogy az eset minden további zavar nélkül 12 nap alatt gyógyult, a mi meglepő azzal a statistikailag kimutatott ténnyel, hogy a carotis-lekötések daganatok mentén sokkal kedvezőbb prognosist nyújtanak, mint sérülések, aneurysmák miatt.

Épen az utóbbira vonatkozólag észleltünk a klinikán a fentivel egyidejűleg egy esetet, melyben 16 éves leánynak puskalövés után fejlődött carotis aneurysmája miatt vált szükségessé az alakítás. Daczára, hogy bonczani rendellenesség az agyalapi ütőereken fenn nem forgott, az ütőerek rugalmassága tökéletes volt, s daczára hogy két héten át naponként előzetesen comprimáltuk a carotist, mégis a beteg négy nappal a műtét után meghalt. A boncolásnál véres agyagylagylást találtunk a nucleus caudatusban, a belső tok hátsó és mellő szarvában s a centrum semiovale belső részleteiben. Hiányzott itt az a megszokás a szervezet részéről, melyet az előbbi esetben az említett három tényezőnek lehet tulajdonítani.

Sarcoma ileocecale invaginatum.

Verebélyi Tibor: B. Gy. 38 éves asszony május havában azzal a panasszal vettette fel magát a II. sebészeti klinikára, hogy hasának jobb felében egy év óta daganatot vesz észre, mely fájdalmas s egyre nő, bár székelési zavarokat nem okoz. A gracilis nő hasában felvételtkor férfikölnyi daganat tapintható a köldöktájon, mely szabadon, bár nem ivalakban mozgatható fel és lefelé, a légzést nem követi, belfelfuvarok bármely helyzetben eltűnik. Felvéve, hogy a daganat a mesocolonban vagy a colon transversum hátsó falában ül, narcosisban laparotomiát végeztünk, melynek folyamán kiderül, hogy a daganat valamely intussusciptált vastagbél darabon ül a colon lumenében. A kihúrást egyrészt összenövések, másrészt a colon görcsös összehúzódása meggátolva, az egész invaginatum kiirtása válik javallttá. Harántát-metszés után a bevart colon transversum csomkba 2 cm.-re a vakvége alatt körkörösén beültetjük az ileum csomkját. A gyógyulás simán foly-

ván le, a beteg három hét múlva elhagyta a klinikát. A kiirtott bélrészlet 54 cm. hosszú, miből 6 a vékony, 48 a vastagbélre esik, az invaginatum csúcsa a Baubin-billentyűn, illetve egy annak peremén ülő gyermekkölnyi daganat, mely áttérjed a coecum medialis falára is s csaknem teljesen elzárja a lument. A hüvelyt a haránt remese, a belső csövet az ileum, a középsőt a felhágó remese, alkotja. Maga a daganat vérdús, szederszerűen dudoros, bársonyos felszíni dudor, mely a Baubin-billentyűből gombaszzerűen emelkedik ki, keskenyebb nyakán gallérszerűen éles széllel végződik a nyálkahártya és belehúzódik a Baubin-billentyű kettős izomzata. A bél fal felette túltengett, alatta elvékonyodott, sorvadt. Görcsövilag a daganat sarcoma, mely a muscularisok kötőszövetéből indul ki, három typust mutat, alul orsó sejtű köteges, a közepén óriás sejti alveoláris jellegű, és sarjadzó felszínén rendkívül véredénydús perivascularis elrendezésű. Szép példa a daganat arra, mily kevésbé lehet az onkologiában schematizálni.

Az eddig közölt tíz eset alapján, a különben is elég ritka bél-sarcomák közül a legritkább vakbél sarcomára jellegzőnek tartották, hogy mindig areolaris kiterjedésű, szűkületet sohasem okoz, s mindig lymphosarcoma szerkezetű. A bemutatott daganat mind a három jellemvonásnak ellentéte, körülírt polypusos, szűkületet s invaginációt okozó, óriás sejti fibrosarcoma.

Alapy Henrik az egyesítés módjára tesz megjegyzést. Vastagbél resectionjánál egyedül helyes módszernek az oldalagos appositiót tartja, vagy vékony- és vastagbél egyesítésénél azt a módszert, melyet ez esetben alkalmaztak, az implantációt (Side To-end). Ellenben az end-to-end varratot aggályosnak véli, az általa más helyen említett okokon kívül még azért is, mert a vékonybélnél rosszabbul táplált vastagbél sebszélei helyenként elhalhatnak, miáltal a varrat elégtelenné válik.

A repositio akadályos idült subcoracoidalis vállizületi ficzámoknál és a vértelen úton helyre nem tehető idült vállizületi ficzámok helyretevésének új módszere.

Dollinger Gyula: (Lapunk eredeti közleményei között egész terjedelmében közöltük.) (Vége következik.)

PÁLYÁZATOK.

90/2—1903. eln. szám.

A vezetésem alatt álló brassói kir. törvényszékhez rendszeresített második törvényszéki orvosi állás betöltése céljából a nagyméltóságú m. kir. igazságügyminister úrnak f. é. február hó 16-dikán 3528. I. M. 1903. III. sz. alatt kelt rendelete alapján ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom ennél fogva mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy a képzettségüket és a törvényszéki orvosok részére előírt vizsga letételét igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket ezen hirdetménynek a hivatalos lapban való harmadszori megjelenésétől számított két hét alatt hozzám annál bizonyosabban nyújtsák be, mert a később érkező kérvények figyelembe vételni nem fognak.

Brassó, 1903. évi február hó 25-dikén.

1—1 A brassói kir. törvényszék elnöke.

558/1903. sz.

A pecze-szöllősi közegészségügyi körben lemondás folytán megüresedett kórorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: 1826 korona 22 fillér, mely évnegyedes utólagos részletekben, a nagyváradi kir. adóhivatal által fizetetik.

Felhívom a pályázni chajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában meghatározott minősítést igazoló kérvényüket f. évi március hó 21-dik napjának d. u. 5 órájáig hozzám adják be.

A választást f. évi március hó 24-dikén d. e. 10 órakor P.-Szöllősi községi házában fogom megtartani.

Nagyvárada, 1903. évi február hó 18-dikén.

1—1 A főszolgabírói hivatal.

177/903. közg. sz.

Hunyadvármegye dévai járásában levő piskitelepi kórorvosi állás megüresedvén, erre ezennel pályázatot hirdetek.

A kórorvosi körhöz 29 község tartozik.

Az állással egybekötött javadalmak a következők:

1. 900 korona a dévai m. kir. adóhivatal által fizetendő évi fizetés.
2. 460 korona úti átalány.
3. A szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A megválasztott kórorvos tartozik Piskitepen lakni és körének községeit negyedévenként a megállapított sorrendben beutazni. Piskitepen a halottkémlést is végezni tartozik, a miből egyéb orvosrendőri vizsgálatokkal együtt mintegy 400 korona mellékjövédelme leand.

Felhívom pályázni kívánók, hogy törvényszerű minősítésüket és nyelv-ismereteiket feltüntető bizonyítványaikkal felszerelt folyamodványaikat folyó évi március hó 25-dikéig bezárólag hivatalomhoz terjesztsek be, annálval is inkább, mert később beérkező vagy később fel nem szerelt folyamodványokat tekintetbe venni nem fogom.

A megválasztott kórorvos állomását folyó év április hó 1-jén elfoglalni tartozik.

A választás folyó év március hó 30-dikán Piskitepen a községi házában d. e. fél 12 órakor fog megtartani.

Déva, 1903. évi február hó 14-dikén.

3—2 Csulay Lajos, főszolgabíró.

380. sz.

Abauj-Torna vármegye cserchádi járásába kobelezett Stoósz nagyközségében rendszeresített lemondás folytán megüresedett községi orvosi állásra pályázatot nyitok és felhívom a pályázókat, hogy orvosi minőségüket, az eddig teljesített gyakorlati igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket figyelembe tartásával az 1883. I. t.-cz. 9. §-ának és az 1876. XIV. t.-cz. 143. §-ában foglalt rendelkezéseknek hozzájárul 1903. évi március hó 16-dikáig bezárólag annálval is inkább adják be, mert a később beérkező folyamodványok figyelembe nem fognak vétetni.

A választást 1903. évi március hó 18-dikéig d. e. 10 óráigra tűzöm ki Stoósz községi házához.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT.

Szerkeszti BÓKAY JÁNOS tanár.

TARTALOM. Szontagh Felix dr., e. m. tanár: A vegyes fertőzésekről. — Torday Ferencz dr., I. t. s.: Közlemény a budapesti „Stefánia” gyermekkórházról. Gyermek-kori xanthoma tuberosum esete. — Tárca. Deutsch Ernő dr.: A párisi Rothschild-kórház felavatása. — Irodalomszemle: Összefoglaló szemle. Linsbauer Rezső dr.: A Barlow-kór, scorbutus infantum. — Könyvismertetés. — Lapszemle. — Vegyesek.

A vegyes fertőzésekről.

Irta és a budapesti kir. orvos-egyesület 1902. évi október 25-én tartott ülésén előadta: Szontagh Felix dr., egyetemi magántanár, a székes-fővárosi szent János-kórház gyermekosztályának főorvosa.

Tisztelt uraim!

Az új szent János-kórház gyermekosztályának heveny fertőző beteganyaga, a mint talán méltóztatnak tudni is, egy pavillonban nyer elhelyezést. Ezen fertőző pavillon emeletes, s felépítésével sikeresen megvalósított az eszme, különböző természetű heveny fertőző betegségekben u. m.: kanyaró, diphtheria, avagy vörhenyben stb. szenvedő gyermekeket egy fedél alatt ugyan, de egymástól teljesen izolált osztályokban, tehát ragály átvitel veszélyének kizárása mellett, ápolni. Ma, a midőn ezen pavillon több mint 4 évre terjedő multra tekint vissza, a midőn ezen pavillonban megfordult betegek száma az 1000-et meghaladja, mondhatom, hogy az elkülönítés tökéletesebb akkor sem lehetne, ha az egyes betegségek, tehát a kanyaró, a diphtheria, a vörheny számára külön-külön egy-egy pavillon emeltetett volna. Köszönjük pedig ezen sikeres elkülönítést első sorban és legnagyobb részben természetesen magának az épület szerencsés tervezetének és beosztásának, de köszönjük tán kis részben azon minden részletre kiterjedő házi szabályzatnak is, mely házi szabályzat kidolgozásánál figyelemmel voltunk minden tényezőre és számbajöhető eshetőségre, s a mely házi szabályzatot szigorúan betartani kötelesek főorvos úgy, mint al- és segéd-orvos, s az ápolónók csak úgy, mint a pavillon belső és külső szolgája. Ezen házi szabályzat mellett az egész ügymenet ebben a pavillonban cseppet sem bonyolult, sőt nagyon egyszerű, a gyakorlatban egészen bevált. Azonban bizonyos ritka esélyek ellen legmesszebbmenő óvintézkedések dacára sem fogunk tudni védekezni sohasem; mi csak úgy nem, mint mások sem, kiknek heveny fertőző beteganyaguk van. Mert minden emberi ténykedésnek meg vannak a maga véges határai, sunt certi denique fines. Ellenben a véletlennek az útjai kiszámíthatatlanok. Illusztráljuk ezen tételt példával: vörhenyben szenvedő gyermeket küldenek osztályunkra; természetes, hogy mi a vörheny-osztályba fektetjük az új jövevényt; néhány nap mulva betegünkön kanyaróra gyanus tüneteket veszünk észre; mi rögtön elkülönítjük, de már későn, mert ez a beteg, kinél vegyes fertőzés esetével volt dolgunk oly értelemben, hogy nála a kanyaró incubationalis, illetőleg prodromalis időszakában vörheny zajlott le, fertőzhette a vörheny osztály betegeit a kanyaró mérgével. De ennek megfordítottja is képzelhető: kanyaró-beteg jő az osztályra; 1—2 nap mulva vörheny tör ki rajta; ennek már mostan az lehetett a következése, hogy a kanyaró-osztályra behurczoltatott a vörheny mérgé. Beláthatni, hogy ilyen esélyek ellen védekezni sohasem állandó módunkban. De beláthatni azt is, hogy ilyen kettős jellegű fertőzés esetei, ha a fertőzés kettős jellege azonnal nem volt felismerhető, mint a hogy legtöbb esetben felismerni tényleg lehetetlen is, alkalmat szolgáltathatnak esetleg újabb vegyes fertőzések keletkezésére.

De nagy ritkán diagnosztikus tévedések is válhatnak vegyes fertőzések kútforrásaivá. Így teszem nagy tapasztalatok felett rendelkező kartársak bizonyára abban megegyeznek velem, hogy a különzeti kórisme kanyaró és vörheny között,

a milyen könnyű legtöbb esetben, kivételesen nehéz, sőt lehetetlen. Ezen pontra különben még visszatérek. Nincsen kizárva tehát annak a lehetősége, hogy vörhenynek diagnosztizált kanyarót fektetünk vörheny betegeink közé. Vagy más példa. Nézzük a diphtheria és vörheny közötti különzeti kórismét. Cseppet sem restellem bevallani, hogy egyszer megessett velem, hogy a diphtheria-osztályra fektettem egy beteget, kiről később kislult, hogy tulajdonképpen vörhenye volt. Az eset egy nagyobb leányra vonatkozik, kinél súlyos torok- s orrdiphtheria lépett fel hányás, kúteg, enanthema nyoma nélkül. Be sem várva a bakteriologiai vizsgálat eredményét azon meggyőződésben, hogy bacillaris diphtheria s nem vörheny diphtheroiddal van dolgom, a leányt a diphtheria-osztályra vettem fel. A bakteriologiai lelet azonban Klebs-Löfflerre negatív volt, mi több, néhány nap mulva jellegzetes nyelv, s a 2-dik hétben vérzéses vesegyulladás lépett fel, vagyis az eset kúteg nélküli vörhenynek bizonyult. Mellesleg megjegyzem, hogy ezen diagnosztikus tévedésemnek nem lettek káros következményei és pedig azért nem, mert a leánynyal együtt, minthogy ő nála a lázas időszakban acut psychosis is jelentkezett, az anyát is felvettem s diphtheria osztályom egyik kórtermébe izoláltam őket.

Vegyes fertőzésekkel azonban találkozunk, sőt aránylag igen gyakran, a magángyakorlatban; is az esetek legnagyobb számában itten is a merő véletlen az, a minek a vegyes fertőzések köszönik az eredetüket. Úgy magán, mint pedig kórházi gyakorlatomban előfordult vegyes fertőzések eseteimet mindenkor élénk figyelemmel kísértem. Elhatároztam, hogy erre vonatkozó észleletemet a tisztelt orvosegyesülettel előadás alakjában megismertetem. Tehát előadásomban főképen saját tapasztalataimat közlöm; némely kérdésnél azonban az irodalomra is figyelemmel leszek. Nem foglalkozom azonban a vegyes fertőzések kérdéseivel a bakteriologiai részzel; így pl. nem foglalkozom a bacillaris diphtheriánál a streptococcus szerepével és jelentőségével. Csak klinikai körképekkel foglalkozom és itten is csak a fontosabb specifikus-heveny s idült-fertőző bántalmak néhány, nem is valamennyi kombinációját teszem mai előadásomban megbeszélés tárgyává. A bakteriologiai részt ugyan figyelmen kívül hagyva, egy momentumot mégis nagyon kell hangsúlyoznom. A bakteriologia ugyanis arra tanít minket, hogy némely bakteriumfajok symbiosisba kerülve egymással, ezen symbiosis az egyes speciestek virulentiáját fokozni képes. Ezt a tételt tartjuk szem előtt; sok jelenséget magyaráz, mely épen vegyes fertőzés esetén ötlük szembe, vagy legalább is el nem kerülheti figyelmünket.

Kezdjük a kanyarón; itten legelőször is azon rendkívül fontos összefüggésre kell utalnunk, mely kanyaró és gümőkór között fennáll. A kanyaró a tuberculosus kóroktanában fontos momentum; ime a következő példa: Viruló egészségnék örvendő szülők harmadik gyermeke fél éves korában himlő ellen állati oltóanyagokkal sikeresen beoltatik; a szülők állítása szerint az oltás ideje óta a gyermek fejlődése nem oly kedvező, mint addig. Néhány hónap mulva az oltás után acut genyes mirigygyulladás az áll alatt baloldalt, mely művi beavatkozásra gyógyul. Később ugyanilyen baj jobboldalt, mely hasonlóképpen sebészi beavatkozást tett szükségessé. Ezentul a gyermek 3 éves koráig egészséges maradt; fejlődése azonban, dacára, hogy igen ked-

vező egészségügyi viszonyok között neveltetett, nem volt kielégítő. 3 éves korában testvérétől kanyarót kap; kanyarója azonban igen enyhe tünetekkel folyt le, speciell a kúteg satnyaságával tünt ki, de szövödmények nem léptek fel. Három héttel a kanyaró után hirtelen magasfokú láz jelentkezett, mely kilencz napig tartott; az erősen remittáló lázak typus inversust mutattak, a mennyiben a legnagyobb hőemelkedés a délelőtti órákra esett, s délután, illetőleg este a kis beteg úgyszólván láztalan volt; ezen kívül constatálható volt még cyanosis és nagyobb fokú dyspnoë. A szülőknek azt mondtam, hogy gyermeküknek tüdőgyulladás zajlik le, valójában azonban arra gondoltam, hogy acut tuberculosissal van dolgom. A lázas mozgalmak megszűnte után a gyermek nem tud erőre jutni; hetek mulva újra lázas lett s fellépett gyakori hányás, összetéror kancsalság, láta differentia stb., szóval meningitis basilaris, melynek a gyermek természetesen áldozatául is esett.

Ezt az esetet következőképen magyarázom: Valószínű, hogy ez a gyermek még a beoltás előtt fertőztetett gümőkórral, hogy mi úton és módon, megmondani természetesen nem tudom. Hogy veleszületett gümőkór esete fenforgott volna, kizártnak tartom, mert a szülők ma is ritka jó egészségnek örvendenek. Úgy látszott, hogy a vaccinatio a lappangó gümőkört kissé élesztette; az oltással látszólag kapcsolatosan fejlődött volt mirigygyulladások, ha nem is tekinthetők directe gümőkóros termékeknek, mégis a gümőkór előfutárjai voltak. Ellenben a satnya kanyaró — satnya azért, mert a gyermeknek máris dyscrasiás szervezete képtelen volt a kanyarós fertőzésre tisztességes reactióval felelni — a még mindig szunyadó gümőkört hatalmasan élesztette, mert miliaris gümőkór explosiv kitörésére vezetett, melynek végső szaka — az utolsó felvonás — az agyhártya megbetegedése volt.

Véleményem szerint oly esetekben, a hol valamely gümőkóros megbetegedés kanyaróra vezethető vissza, rendszerint a dolog tulajdonképen úgy áll, hogy a kanyarós fertőzés oly szervezetet ért, melyben a gümőkór vagy szunyadt, vagy megnyugodott volt. Mindazonáltal nem lehet tagadni, hogy lehetnek esetek, a mikor a beteg a kanyaró és a gümőkór mérgeivel egyidőben lesz fertőzve, vagy hogy a kanyarós fertőzést csak később követi a gümőkórral való fertőzés, tehát a kanyaró a gümőkór számára a talajt fogékonyabbá tette.

A kanyarónak a tuberculosisra való vészes befolyását legszembetűnőbben olyan esetekben nyílik alkalmunk észlelhetni, a hol a kanyarós fertőzés manifest gümőkórban szenvedő egyént ér. Ilyen esetekben a helyi folyamat pl. a tüdőben rohamosan rosszabbodhatik vagy pedig a localis tuberculosishoz csont vagy ízületben általános, miliaris gümőkór esatlakozhatik. Majdnem az a benyomásunk van, hogy szinte specifikusnak mondható toxinhatással van dolgunk. Analogia útján észünkbe jut a régi tuberculin, melynek befecskendezése után nem egy esetben a helybeli folyamat súlyosbodott, avagy a betegség propagálását észlelhetjük. De azt kell mondanunk, hogy a kanyarónak a gümőkórra gyakorolt ezen deletaer hatása még sem következik be minden esetben.

Magam is láttam, hogy manifest, sőt súlyos gümőkórban szenvedő gyermekek a kanyarós fertőzésen szerencsésen, minden következmény nélkül, átestek.

Ellenben az olyan eseteket, a hol a gümőkór első jelentkezése evidenten a kanyaró után lépett fel, vagyis a gümőkóros fertőzés későbbi keletű, a mikor is tehát a kanyaró a gümőkór számára a talajt előkészítette, azzal az általános érvényű kijelentéssel, hogy a kiállott fertőzés a szervezet ellentállási képességét csökkentette, kielégítő módon nem magyarázhatjuk. Sőt azt kell mondanunk, hogy a kanyarós fertőzés speciell a gümőkór iránt való immunitást is időlegesen csökkenteni képes. Felvehetünk tehát sajátlagos összefüggést, mint más betegséggel, pl. a nomával szemben is, mely megint különösen kanyaró után előszeretettel lép fel. De itt van a diphtheria is. Tudjuk, hogy a legominosusabb combinatiók egyike áll elő, hogyha a kanyaróhoz diphtheria társul. Saját, bár kis számú tapasztalataim alapján én is oda kell hogy concludáljak, hogy a kanyarótól meglepett szervezet a diphtheriás fertőzés és mérgezés iránt való ellentállási képessé-

géből sokat veszített, vagyis a kanyaró hajlamosít a diphtheriára és a kanyaróhoz társuló diphtheriát (impliciten laryngitis crouposát) rosszindulatúság jellemzi. Heubner¹ azonban még azt is mondja, hogy a diphtheria leküzdésében még azon támasz is, melyet a specifikus kezelés máskülönben oly fényes módon nyújt, csekélyebb értékkel bír ott, a hol kanyaró betegekről van szó. Sőt a passiv immunizálás is kanyarónál rövidebb időre szóló mentesség kezességét nyújtja, mint minden más alapbetegségnél.

De hogy a kanyaró a szervezetnek a diphtheriával szemben szerzett immunitását is mennyire képes lefokozni, s hogy a kanyarót complicáló — vele egyidőben fellépő — diphtheria mily rossz indulatú lehet, annak illusztrálására bátor vagyok arra az esetre utalni, melyet megbízásomból Schöller dr. segédorvosom leirt a „Gyermekgyógyászat“ idei szeptemberi számában.

A 3¹/₂ éves leányka mult évi december havában bacillaris diphtheria, illetőleg súlyos laryngitis crouposával feküdt osztályunkon, de serumra és intubálásra gyógyult, s ez évi január hó első napjaiban az osztályról kitűnő conditióban távozott. Négy héttel reája újra behozták kanyaróval és ismét heveny gégestenosis tüneteivel, de reménytelen moribund állapotban; másnapra hydiatikus eljárás, intubálás és analeptikák daczára, meg is halt. A bonczolat azt derítette ki, hogy a heveny gégestenosis — a mire ugyan gondoltunk, de serum alkalmazásától csakis absolute infanst prognosis következtében állottunk el — ismét csak bacillaris diphtheria okozta volt. In vivo az volt a benyomásom az esetről, hogy a két fertőzés kölcsönösen egymást vészesen befolyásolta. A kúteg livid volt s a kanyarós fertőzés egészben a foudroyans lefolyású sepsis képét mutatta; a gége megbetegedésének rosszindulatú természetére pedig azon körülmény hívta fel a figyelmünket, hogy intubálásnál a garatúr genyes tejfelszerű váladékkal telt meg; ismert jelenség, melylyel épen septiform laryngitis crouposa esetekben szoktunk találkozni. Merem állítani, hogy ez a gyermek leküzdte a kanyarós fertőzést, ha újból laryngitis crouposa nem társul hozzája; vice versa ő nála nem lép fel újból laryngitis crouposa, ha nem kap kanyarót. Hogy ez esetben laryngitis crouposa recidivával, avagy reinfectióval volt-e dolgunk, eldöntetlen marad, de különben is a gyakorlat szempontjából alárendelt jelentőségű, mert nem is ebben fekszik a punctum saliens, hanem abban, hogy a kanyarós infectio behatása alatt ennek a gégediphtheriát öt héttel az előtt diadalmasan leküzdött volt szervezetnek ellentállási képessége újbóli diphtheriás intoxicatióval szemben semmivé törpült.

A kanyarónak úgy a diphtheriára, mind pedig a gümőkóra egy időben gyakorolt vészes befolyását igen szépen demonstrálja a következő eset, melyben tehát hármassal fertőzéssel volt dolgunk.

V. Gy. 4 éves gyengén fejlett és rosszul táplált fiúcska ez évi márczius és április havában testvérével együtt vörhenyyel feküdt az osztályon s április hó 23-dikán gyógyultán távozott. Már másnap lázas lett, s április utolsó napjaiban kanyaró-kúteg jelentke. május hó 1-jén gégeszűkület tünetei, melyek folyton fokozódván, május hó 3-dikán újra osztályunkra hozatott. Mellesleg megjegyzem, hogy ez a fiú kétségen kívül nálunk, még pedig a vörheny-osztályon kapta kanyaróját oly időben, a mikor vörhenybetegjeink közül egy-néhányan egyszersmind kanyarót szereztek egy épen vegyes fertőzésben szenvedett volt gyermektől. A szokásos therapiában részesítettük, úgymint serumot, állandó gőzölést s a nagyfokú cyanosis s nehézlégzés miatt intubálást alkalmaztunk. Minthogy nyolczszor 24 óra mulva sem tudtuk a gyermeket detubálni, sőt mindenek szerint súlyos decubitus kellett felvennünk, május hó 10-dikén a már ad maximum kiaszott gyermekem még másodlagos légesömettsézt is végeztem. A műtét végzése közben feltűnt mindnyájunknak, hogy ez a gyermek úgyszólván nem is reagált erre a beavatkozásra — notandum sem helyi érzéstelenítést, sem narcosist nem alkalmaztunk — úgy, hogy majdnem úgy praeparálhattam, mint hullán. A légesö megnyitásánál rendkívül bő genyes váladék ürült. A másodlagos légesömettsézt sem fordította a gyermek sorsát jobbra; lázai agyan enyhültek, de táplálkozni absolute nem tudott, csont s bőrre sorvadt. A légesömettsézt ejtette seben granulatióknak semmi nyoma, ellenkezőleg, a seb mindinkább nagyobboldott, öblösebb lett; a porezgyűrűk szabad végei legömbölyödtek s lecsupaszítottak. A seb ezen külleme egymaga is gümőkórnak a fenforgását bizonyossá tette. Május 17-dikén halál. A bonczolatnál a következőket találtuk: a gyűrűporezon jobboldalt nem nagy kiterjedésű, ellenben igen mélyre hatoló decubitus; a légesö alsó felében, de a két

főhőrgben is vaskos álhártyák; sajtos elfajulása a hörgök körüli nyirok-mirigyeknek, s disseminált gümőkór mindkét tüdőben.

Ez az eset tanulságos több szempontból. Biztosra vehető, hogy a peribronchialis mirigyek gümőkóros megbetegedése régebbi keletű volt, csak lentescált; a ficska satnya fejlődése és nyomorúságos tápláltsági állapota ezt majdnem bizonyossá teszi. De ez a gümőkór a vörhenyes fertőzés behatása alatt nem rosszabbodott, észrevehetőleg legalább semmi esetre sem. Ellenben valószínű, hogy a kanyaró behatása alatt társult a mirigyek gümőkórjához a két tüdő miliaris tuberculosisa. De ennek a gümőkórnak hatalmas része volt abban is, hogy ezt a gyermeket nem tudtuk az ő croupjából meggyógyítani. Nem egészen az volt ugyanis a benyomásom, hogy a serum ebben a kanyarós laryngitis crouposa esetben hatástalan, hanem ebben a decrepit szervezetben nem volt, a mint tényleg nem is lehetett, mákszemnyi gyógyulási hajlam sem. Gégedecubitusának az oka is gümőkórjában keresendő; sem ezen decubitus szélein, sem alapján, sem a légcsömetszés ejtette seben granulatióknak nyoma sem. Ellenkezőleg, csak mállás és szétesés; csunya kép, mely elkedyteleníti az orvost, mert minden buzgalma s fáradozása hiábavaló. Egyáltalában, hogy erre is pár szóval kitérjek, megdöbbentő, hogy mily gyakran találkozunk a gyermekkorban bonczolatoknál gümőkórral még olyan esetekben is, a hol nem is vártuk. Ez a lentescáló, csakis a bonczolatnál talált gümőkór adja meg magyarázatát becsületesen teljesített therapeutikus fáradozásaink teljes sikertelenségének sok esetben, mert rejtett ellenséggel állottunk szemben.

Hogy azonban kanyaróhoz társult diphtheria mily súlyos viszonyok daczára is még meggyógyulhat, erre nézve a magángyakorlatomban előfordult eset szolgáltat példát. Néhány év előtt hét éves leánykához hívtak, kinél a következőket állapíthattam meg: elsődleges diphtheria az orrban, hatalmas, ezüsfényű, majdnem hófehér hártyás felrakódások alakjában különösen jobboldalt, a nasalis légzés teljes felfüggesztésével; kanyaró-küteg kezdődő kitörésben; rostonyás tüdőgyulladás jobboldalt hátul; tehát *hármass fertőzés* egyidejű, ritkán észlelhető combinatiója. A kis leányka egészséges szervezete ezen fertőzésekre súlyos tünetekkel s hatalmas lázas mozgalmakkal reagált. A diphtheria leküzdésében a serum hathatósan látszott támogatni őt; kanyarója egymagában is súlyosabbnak volt minősíthető; állapotát nevezetesen közérzetét azonban leginkább a heves oldalszúrással járó tüdőgyulladás tette súlyossá, mely tüdőgyulladás a hetedik napon krízissel végződött. A reconvalescentia nagyon elhúzódott, a könnyen magyarázható szívgyengeség még sokáig nagy ügyeletet igényelt, s a következményi vérszegénység makacs volt, de az eset teljes gyógyulással végződött.

A kanyarós diphtheria gyógyításánál úgy a curative, mind pedig praeventive alkalmazott serum-oltások ki nem elégitő hatásának elbirálásánál figyelemmel kell lennünk az aetiologiára is. A kérdés ugyanis az, vajjon a kanyaróval egyidőben fellépő illetőleg azt napok mulva követő diphtheriák bacillaris eredésűek-e minden esetben, avagy némely ritka esetben nem-e más microorganismusok, pl. streptococcusok, pneumococcusok okozta diphtheriák-e? *Linzbauer*² a „Stefánia“ szegénygyermek-kórházból kikerült azon dolgozatában, melyben a kanyarós laryngitis crouposa ügyszólva minden kérdésével foglalkozik, említi, hogy 17 eset közül 16-ban sikerült a Klebs-Löffler-bacillust kimutatni. *Heubner*³-nek minden kanyarós croupja diphtheriának bizonyult. Nekünk eddig egy esetünk volt, a hol kanyaró után fejlődő orr- és torokdiphtheria sem a kórágynál sem a bonczolatnál nem bizonyult bacillaris diphtheriának. Ez az eset valószínűvé teszi — többet nem mondhatunk, mert ezen kérdésben apodictikus tételek kimondásától tartózkodnunk kell — hogy igen ritka esetekben a kanyaróval kombinálódó diphtheriás megbetegedések nem bacillaris eredésűek is lehetnek. Ilyen ritka esetekben a serum hatástalanságának a magyarázatát a kóroktani momentum megadja. A gyakorlatban azonban ne törődjünk ezen inkább csak theoretikus érdekű kérdéssel; kanyarós diphtheria esetén, legyen lokalisatiója bárhol is, therapeutikus eljárásunkat ne tegyük függővé a bakteriologiai vizsgálat eredményétől, hanem

alkalmazzuk a serumot azonnal s nagy adagban, tekintve épen ezen fajtajú diphtheriának a rosszindulatúságát; inkább hiába, mint sem későn!

A kanyarós diphtheria illetőleg laryngitis crouposa egyéb kérdéseire, kívül esvén ezek mai előadásom keretén, ki nem terjeszkedem; *Linzbauer*⁴ dolgozatának resüméjével mindenben egyetértve csak hangsúlyozom, hogy laryngitis crouposa morbillosa esetén is az elvi intubálásnak vagyok a híve. Nem látom be, hogy miért kelljen elvi álláspontomon változtatni csak azért, mert a kanyarós croup ceteris paribus rosszabb indulatú, mint a nem kanyarós croup.

Ezek után térjünk át a kanyarónak vörhenyvel való combinatiójára. Itten három módozat lehetséges: 1. vörheny kanyaró előtt; 2. vörheny kanyaró után; 3. a két küteg egyidőben.

A kétféle kütegnek egyidőben való jelentkezését, illetőleg lefolyását, nekem eddig mindössze csak egy esetben volt alkalmam észlelni, még pedig magángyakorlatomban. A kórisméhez nem fért kétség; teljesen bizonyossá akkor vált, a mikor a kanyaró-küteg kezdett halványulni, illetőleg barnás vöröses színt ölteni; ekkor ugyanis a kanyarófoltok a még mindig virágzó vörheny-exanthema alapszínén igen sajátos nehezen leírható képet mutattak, mely némileg a párducz bőrnek a pettyezetttségére emlékeztetett. *Bókay*⁵ kanyaró és vörheny egyidejű combinált fellépését több esetben észlelte; eseteiben a vörheny-küteg eruptiója mindegyiknél körülbelül 24 órával megelőzte a kanyarós küteg fellépését; az utólag jelentkezett morbilli-küteg virágzása tökéletlennek, atypikusnak volt mondható. *Heubner*⁶ azt tartja, hogy a két küteg egyidejű lefolyásának a kórismeje bizonyos nehézségekkel jár, mégis azt hiszi, hogy észlelt ilyen eseteket, s kettős jellegüket a kíséző illetőleg követő jelenségek bizonyították. *Sommer*⁷ is észlelt ilyen eseteket; a kanyaró-küteg papulosus volt; ezenkívül jelen voltak a két exanthemának kíséző jelenségei, ú. m. diphtheria, bronchitis, kötőhártyahurut, s az állalatti mirigynek duzzanata. *Flesch*⁸ egy családnak 4 gyermekén látta a két küteg egyidejű lefolyását. *Morisson*⁹ egy családnak 3 gyermekén, kik közül 2 meghalt. *Hase*¹⁰ 22 év alatt 2453 vörhenybetegé közül 10-nél észlelte a két kütegnek egyidőben való jelentkezését. Ezen 10 eset közül meghalt 8, gyógyult 2; de még ezen két eset is igen súlyosan folyt le nagy lázakkal és sok komoly szövődmenyvel. Igen jól megfigyelt esetet közöl az utóbbi időben *Rolly*¹¹ s közleményében egyszermind az egész idevágó irodalmat is megbeszéli. Végül *Kohn*¹² közleményét említem, melyben 3 testvér kórtörténetét közli, kik egyidőben kanyaró, számarhurut s vörhenyben betegedtek meg. A három testvér közül az egyik egy napon betegedett meg kanyaróban és számarhurutban, a reája következő napon vörhenyben. Ennél a gyermeknél tehát hármass fertőzés esete forgott fenn, a két küteg egyidőben zajlott le.

Rendszerint azonban úgy áll a dolog, hogy a két kiütés nem egyidőben folyik le, hanem az egyik a másik után fejlődik. Ilyen esetet kórházi és magángyakorlatom összesen 11-et láttam. Ezen 11 eset közül 9-nél kanyaró követte a vörhenyt, 2-nél vörheny a kanyarót.

Az utóbbi kategoriába tartozó 2 eset közül az egyiknél kanyaró után a 3-dik hétben lépett fel a vörheny s simán folyt le, míg a másikonál mindjárt másnap, a mint a kanyarós láz szünt, újra láz lépett fel s vörhenyre szerfelett gyanus angina a torokban. Ebben az esetben később sem mutatkozott vörheny exanthema, mindazonáltal valószínűnek tartom, hogy küteg nélküli vörhenyvel volt dolgunk, miben megerősített azon körülmény is, hogy a bakteriologiai vizsgálat Klebs-Löfflerre negatív volt. Ezt a gyermeket nem sikerült életben tartanunk; torka ugyan feltisztult, de a folyamat elterjedt az orr-ra s a gégére, s itten a pajzsporc genyes és üszkös perichondritisére vezetett, mihez megint perilaryngealis phlegmone társult, áttéti tályogokkal a tüdőkben. A gége diphtheriáját. *Minich* boncznok főorvos úr sem minősítette valószínű diphtheriának.

Azon 9 eset közül, a hol rövidebb hosszabb idő mulva a vörheny-küteg elhalványulása után kanyaró lépett fel, meghalt 4, gyógyult 5. A meghalt 4 eset közül egyik igen súlyos

gümőkórban szenvedett már régen s csak is ennek következtében halt meg, egy hónappal reája, hogy kanyarója volt. Egy másik esetben a halált genyes középfülgyulladás kapcsán fejlődött volt sinus phlebitis, intermeningealis tályog stb. idézte elő. 2 esetben, ellenben, a hol a kanyaró aránylag enyhe vörheny után lépett fel, a halál a kanyaró-küteg virágzásának tetőfokán 40·6, illetőleg 40·1 foknyi temperatura mellett következett be. Ez a két gyermek egyes-egyedül a vörhenyt követő kanyarós fertőzés leküzdhetetlen súlyosságának esett áldozatul.

Az 5 gyógyult eset közül az egyik különösebb figyelmet érdemel azért, mert nála 3 nappal a kanyaró-küteg jelentkezése előtt még tipikus bárányhimlő is lépett fel. 2 esetben a kanyaró súlyosnak volt minősíthető, de szerencsésen szövődményektől menten lezajlott. A 4-dik esetben a kanyarós infectio aggasztóan súlyos volt, de szövődmény gyanánt mindössze kétoldali genyes otitis media lépett fel; a reconvalescentia szerfelett vontatottan haladt előre, de végre is viruló conditióban hagyta el a gyermek az osztályt. Az 5-dik esetben, magán-gyakorlatomban előfordult betegről lévén szó, biztossággal megállapíthattam, hogy ez a beteg azon a napon fertőztetett a kanyaró mérgével, a mely napon vörhenyben megbetegedett. Vörhenye igen enyhének volt mondható, de annál súlyosabb alakban lépett fel s folyt le kanyarója, sokféle s súlyos szövődmények daczára is szerencsésen.

A mi nekem vörhenyt követő kanyarónál — igen kifejezetten különösen 4 esetben — feltűnt, ez az infectiónak máskülönben általam sohasem észlelt súlyos volta. A fertőzés ezen intensitása, eltekintve a magas hőfokoktól, még pedig már a prodomás szakban is, a kütegben magában nyerte legpraegnansabb kifejezését. A küteg virágzásának tetőfokán teljesen összefolyt, úgy hogy nem volt a köztakarón mákszemnyi ép foltocská sem. A ki csak ebben a stadiumban, tehát nem fejlődésében, látta volna a küteget, bizonyára vörhenyre, s nem kanyaróra tette volna a kórismét; magam is. A vörheny diagnózisának a javára billegtette a mérleget még azon körülmény is, hogy néhány esetben vörhenyt jellegző diphtheroid folyamat orr- és torokban, nem pedig hárttyás bacillaris diphtheria complicálta a kórképet.

A vörhenyt gyorsan követő kanyarót én nagyon respektálni tanultam, s prognosist mindig kétesnek tartom. *Heubner*¹³ a vegyes fertőzések prognosizására vonatkozólag általában azon véleményben van, hogy a lefolyásra nézve az bir fontossággal, vajjon a súlyosabb fertőzés követi-e a könnyebbet, vagy megfordítva. Első esetben a kórjósolat mindig kétes. Pl. kanyaró, mely bárányhimlőt követ, sokkal könnyebben kedvezőtlenül vagy szövődményekkel folyik le, mint megfordítva. Megint természetes, hogy bárányhimlő, ha kanyaróhoz társul, képes a már fennálló bronchitist vagy tüdőgyuladást súlyosabbá tenni.

En saját eseteimben azt a benyomást nyertem, hogy a kanyarós infectiót azon körülmény tette súlyossá, illetőleg végzetessé, hogy vörheny ment előre, pedig ez a vörheny a legtöbb esetben nem épen súlyosnak volt minősíthető. *Heubner*¹⁴ 10 postscarlatinus kanyaró betege közül meghalt 1, 10 postmorbillosus vörheny-esete közül 4. *Hase*¹⁵ statis tikájában postmorbillosus vörheny 37-szer fordul elő; ezen 37 vörhenybeteg közül gyógyult 24, meghalt 13; a halálozás százaléka tehát: 35·1. Ellenben azon esetekben, a hol vörheny után fejlődött a kanyaró, a mortalitas nagyobb volt, vagyis 43·8%, mert 110 eset közül meghalt 48. Az első kategoriába tartozó esetek közül csak háromnál fejlődött hurutos tüdőgyulladás, a másodikba tartozók közül 29-nél.

*Taylor*¹⁶ esetében a vörheny után fellépett kanyaróhoz mindjárt másnap, a hogy a kiütés halványulni kezdett, tonsillaris diphtheria társult, mely gyorsan elterjedt az orr, garat, s gégére s halálhoz vezetett. *Lange*¹⁷ esetében a postscarlatinus kanyarót genyes középfülgyulladás kívül gyulladásal végződött hashárttyagyulladás complicálta. *Grancher*¹⁸ két testvért illető két esetében a vörhenyt követő kanyaró halálra vezetett, míg harmadik esete, a hol a kanyaró a vörhenyt megelőzte, gyógyulással végződött. *Grancher* ezen három esetből azt következteti, hogy a vörheny, ha kanyaró után lép fel, relative kedvezőbb lefolyású. *Besse*¹⁹ ki idevágó

18 esetet észlelt s közölte, tapasztalatai alapján a prognosizsra vonatkozólag a következő tételeket állította fel:

1. Kanyaró után fellépő vörheny jóindulatú.
2. Egyidejű megbetegedés esetén a lefolyás kedvezőbb, ha a kanyaró előbb lép fel.
3. A vörheny után fejlődő kanyaró mindenkor nagyon súlyosan lép fel.

*Hirsch*²⁰ 18 esetben látott vörheny után kanyarót fejlődni; a lefolyás általában könnyű volt, de esetei közül voltak olyanok is, a hol a kanyaró egy hó, sőt még hosszabb idő múlva is, lépett fel.

Nézzük most a kanyarónak rubeolával való combinatióját. A priori nem tagadhatni, hogy igen ritka esetekben megtörténhetik, hogy ez a két küteg egyidőben lép fel egy egyénen; ilyen esetek kettős jellegét azonban sohasem sikerülend felismerni, mert a kanyaró valószínűleg teljesen elfeledné, elnyomná a rubeolát.

Néhány évvel ezelőtt alkalmam volt egy család két gyermekénél rubeolát észlelhetni, melyre kanyaró következett. Feljegyzéseim nagy sajnálatomra elvesztek, de határozottan emlékszem a következőkre: először az egyik leánykánál lépett fel, még pedig nem láztalanul, hanem 38·4-ig emelkedő hőfokok kíséretében tipikus rubeola, melyet napok múlva eléggé súlyos kanyaró követett. Testvére hasonlóképen először jellegzetes rubeolában s mindjárt reája kanyaróban betegedett meg; ez az utóbbi fertőzés azonban ő nála szerfelett aggasztó alakban, de mégis szerencsésen folyt le. Ez az én észlelésem annak idején arra tanított engem, hogy a rubeola a kanyaróval tulajdonképpen nem téveszthető össze, s így nem egészen áll az, hogy némely esetben enyhe kanyarótól a rubeola alig megkülönböztethető. De mégis concedálok, hogy az enyhe kanyaró s a rubeola közötti különzeti kórismét praecise leírni kissé nehéz. A rubeola a ritkább betegségek közé tartozván, rubeolára vonatkozó közlemény aránylag igen sok van az irodalomban; legtöbbször a rubeolának a kanyaróhoz való viszonyával foglalkozik. *Wolberg*²¹ közleménye három testvérről vonatkozik, kiknél a rubeolát kanyaró követte, épen úgy, mint *Genster*²² és *Kramsztyk*²³ egy-egy és *Theodor*²⁴ két esetében is. *Claus*²⁶ is azon esetei alapján, miknél a kanyaró rubeolával combinálódott, a rubeola önállósága mellett érvel.

De a kanyaró még más fertőző bántalmakkal is kombinálódhat; itt van például a bárányhimlő; néhány ilyen esetet magam is láttam. *Heubner*²⁷ ezt a combinatiót is példával illusztrálja; eseteket közölték *Lichtmann*,²⁸ *Szypiorszky* (*Longwy*),²⁹ *Bocker*³⁰ és mások. Ez utóbbi szerző esetében a kettős küteg még diphtheriával is combinálódott. *Srokonszki*³¹ ellenben oly esetet közölt, a hol igazi himlő folyt le egyidőben kanyaróval, s azon véleményen van, hogy a kanyaró mérge a himlő mérgét intensitásában és tartamában gyengítette.

Hogyha egy gyermeket kanyarójának incubatiós szakában védhimlővel beoltunk, előáll a kanyarónak vaccinával való combinatiója. Ilyen esetet még nem láttam; *Heubner*³² ellenben ezt a combinatiót is — még pedig két példával is — illusztrálja. Szerinte az egyik esetben a kanyaró a vaccina tartamát lényegesen megrövidítette; a másik esetben ellenben a vaccina lefolyása nagyon hosszúra nyúlt, sőt magának a kanyarónak is módosult a lefolyása, még pedig valószínűleg azért, mert a kanyaró mindjárt az oltás után lépett fel. *Thalmers*³³ esetében ellenben a kanyaró semmiképpen sem módosította a vaccina normális lefolyását.

Aránylag elég gyakran fordul elő, hogy a kanyaró számárhurttal combinálódik. *Heubner*³⁴ valószínűnek tartja, hogy itt is szabály, hogy a prognosizs kedvezőtlenebb, ha az intenzívebb fertőzés — a kanyaró — társul az enyhébbhez, a számárhurthoz; kedvezőbb, ha a számárhurut lép fel kanyaró kapcsán. Első esetben különösen zsenge korú gyermekeknél a kütegnek tökéletlen, kifejlődését, vagy gyors visszafejlődését észlelhetni, a mi rendszerint igen kiterjedt bronchiolitis rohamos fellépésével jár, a mely rapide halálra vezet. Másik esetben a kanyaró által előidézt és a számárhurut által fejlesztett gyulladásos megbetegedése a hörgőknek és tüdőknek

könnyen idültté válik. *Labbe*³⁵ 26 esetben látta a két fertőzést egyidőben; a prognosztisát illetően az autorókkal egy véleményen van.

A kanyaró azonban még más fertőző bántalmakkal is kombinálódhatik. *Ulrich*³⁶ például leírt egy esetet, a hol meningitis cerebrospinalis epidemiciához társult kanyaró; a fertőzés kettős jellegéhez nem fér kétség, mert az eset halálosan végződött, a meningitis cerebrospinalis kórisméjét bonczolat igazolta, kanyarót ellenben ettől a gyermektől több gyermek kapott. *Matiega*³⁷ hasi hagymáz folyamán látott kanyarót.

Magam heveny osteomyelitis és kanyaró kombinációjáról számolhatok be. A belgyógyász és sebész szempontjából egyaránt érdekes és tanulságos eset egy kartársunk fiacskájára vonatkozik, ki két éves korában, három év előtt a karácsony és új év közötti napokban súlyos kanyaróban betegedett meg.

Alig hogy beállott a defervescentia, újból magas láz lépett fel, melynek okát első napokon kétoldali genyes középfülgyulladásban véltük megtalálhatni. De a gyermek igen súlyos, mondhatni válságos állapota csakhamar a tüdő megbetegedésére terelte a figyelmünket. S tényleg, rövid idő múlva jobboldalt hátul-alul igen intenzív és fel-tűnően resistens tompulatót s felette élénk hörgő légzést állapíthattam meg. A physicalis vizsgálat tehát tüdőgyuladást derített ki; de a kísérő tünetek ebben a stadiumban is már valószínűvé tették, hogy ezen kívül még genyedéses mellhártyagyuladással is van dolgunk; ezen kórisme felé hajlottam inkább, még pedig a következő okoknál fogva: Minden a mellett szólt, hogy a fiúcskának rendkívül nagy fájdalmak lehettek; érintéstől is már, pláne a vizsgálatától irtózott; nehézei óriásiak voltak; helyét nem találta ágyában, sokáig keresve a helyzetet, mely állapotán enyhít. Ezekhez járult még: heves, kínzó köhögés, nagy nehéz légzés, sajátságos fakó arcszín és cyanosis. Napok múlva azonban az összes tünetekben nem várt javulás állott be, úgy hogy a vizsgálatól is, minthogy ez úgy is csak mindenkor nagy küzdelmek árán volt végezhető, két napon át elállottam. De ez a javulás csalékonynak bizonyult, mert maga a kórfolyamat ezalatt tulajdonképpen rohamosan előrehaladt; újbóli vizsgálatnál ugyanis észrevettük, hogy laposan elterjedt duzzanat támadt a VI. és VII. borda magasságában a mellő és hátsó hónaljvonal közötti területen, mely duzzanat az ő legnagyobb domborulatán kifejezett hullámozást mutatott. De ezen duzzanaton kívül még egy másik duzzanat is volt található, még pedig a bordaív alatt; ez a duzzanat erősen dislocálta a májat lefelé, s magát a mellkas alsó részét erősen terpesztette kifelé. Nem tudva akkor még, hogy tulajdonképpen mivel van dolgunk, azt tételeztem fel, hogy rapide kifejlődött empyema necessitatis állunk szembe, oly értelemben, hogy áttörés egyszerre két helyen is készül. Erre *Haberern* kartárs urat kéri a kis betegünkhöz; ő thoracoscissiót végzett, mire hatalmas mennyiségű geny ürült. A beteg további sorsáról *Haberern* kartárs úr tisztelt barátom lesz szíves referálni, részéről csak a következőt jegyzem meg. Ez az eset nem bizonyult egyszerű empyemának, hanem két borda heveny osteomyelitisének; a bakteriologiai vizsgálat *staphylococcus pyogenes aureus* derített ki.

A belgyógyászati tankönyvek az empyema thoracis kóroktanánál nem említik a bordák heveny osteomyelitisét; pedig esetinkben ez az osteomyelitis rapide fejlődő genyes mellhártyaizzadásmányra vezetett; de termelt genyet extrapleurálisán is és a két külső tályog rohamosan fejlődő empyema necessitatis képét utánozta.

Nincs kétség az iránt, hogy ez esetben az osteomyelitis a kanyaró kapcsán fejlődött, vagyis *heterochron polyinfectióval* volt dolgunk. A „Jahrbuch f. Kinderheilkunde“ ez évfolyamának júliusi számában *Gonser*-tól³⁸ jelent meg egy közlemény a heveny osteomyelitisről a gyermekkorban. Foglalkozik pedig ez a közlemény a baseli gyermekkorházban az utolsó 15 év alatt megfordult 39 esettel. Ezen 39 esetben az osteomyelitisnek kiindulási pontja egy izben sem volt kanyaró; de igenis két esetben: bárányhimlő.

A kanyaró heveny bőrruptiókkal is kombinálódhatik. *Heubner*³⁹ két esetben intenzív *erythema exsudativum multiforme*-t látott, még pedig a kanyaró maximumától számítva 8, illetőleg 20 nap múlva fellépni.

A kanyaró és *pemphigus acutus* kombinációjának casuistikáját az utóbbi időben *Leo*⁴⁰ és *Häubler*⁴¹ gazdagították. *Richter*⁴² ellenben azon véleményen van, hogy ilyen esetekben nincsen úgynevezett keresztezett fertőzéssel dolgunk, hanem a kanyaró úgynevezett *pemphigoïd* alakjával. Én azt hiszem, hogy a priori legalább tagadni nem lehet, hogy a kanyarónál is lehetséges az, hogy a kütég úgynevezett *pemphigoïd* alakban is jelentkezhetik, hiszen erre megvan az

analógia más exanthemáknál is. Még a 80-as évekből emlékszem egy nagyobb leányra, kinél a vörheny-kütég kitörésével egyetemben óriási, férfőkölnyi, genyes savóval telt hólyag lépett fel az egyik lábhatón. Ez esetben semmiképpen sem gondolnék vörhenynek pemphigussal való kombinációjára. Láttam a varicellának is úgynevezett pemphigoïd alakját; a hólyagok legtöbbje török mogorónyi volt, de voltak közöttük diónyiak, sőt kis alma mekkorásúak is, de tipikus varicellahólyag nem volt közöttük. Én eleinte inkább a pemphigus diagnózisra felé hajlottam, ellenben boldogult *Schwimmer* tanár, ki az esetet velem együtt észlelte, varicella pemphigoïdeára tette a kórismét. Azon körülmény, hogy a megleghezősen magas lázzal járó hólyageruptio a harmadik napon hirtelen véget ért, a varicella kórisméjének a helyességéről engem is meggyőzött. *Leo* és *Häubler* eseteit illetően azonban még sem vagyok *Richter*-rel egy véleményen; nem tekinthetem azokat pemphigoïd kanyarónak, hanem tartom őket kanyaró és pemphigus kombinációjának. Úgy látszik, hogy a kanyarónak van bizonyos fokig affinitása genyedéses bőrkivirágzások iránt; már nem egy esetben láttam kanyaró kapcsán általános furunculosis fellépni.

Térjünk most át a vörhenyre. A vörheny is, épen úgy mint a kanyaró, más specifikus, heveny avagy idült fertőző bajokkal kombinálódhatik. Például már egynéhányszor vörheny-betegeket kaptunk az osztályra, kik egyszersmind számarhurutban is szenvedtek. Multiplex osteomyelitisben szenvedett betegünk aquirált vörhenyt, s septicaemiában pusztult el. *Haller*⁴³ orbáncz és vörheny kombinációjának esetét közli, *Köttnitz*⁴⁴ rostonyas tüdőgyulladás és vörhenyét. *Starck*⁴⁵ és *Macdowel Cosgrave*⁴⁶ hasi hagymáz és vörheny együttes lefolyását észlelték. *Philipoff*⁴⁷ influenza-járványt, *Dreier*⁴⁸ rubeola-eseteket láttak vörhenyosztályon. *Zinnis*⁴⁹ esetében enyhe vörheny súlyos maláriás cachexiát meggyógyított volna. Észleltem és közöltem⁵⁰ egy esetet, a hol luesben (condylomák) szenvedő 5 éves gyermeknél laryngitis crouposa és ennek utána vörheny lépett fel, szövődve tüdőgyuladással és mellhártya-izzadásmánnyal. Az eset halállal végződött; a bonczolatnál a tüdőgyulladás specifikusnak bizonyult s a *pneumonia syphilitica alba* ebben a korban vajmi ritkán észlelhető, még pedig classikus képét mutatta. *Monteux* és *Lop*⁵¹ esetében hurutos tüdőgyuladással szövődött influenza kapcsán lépett fel vörheny, míg *Swallow*⁵² esetében számarhurut vörhenyvel s bárányhimlővel egyidőben kombinálódott. *Hase* már fentemlített közleményéből a következő adatokat idézem: visszatérő hagymázhoz 3, hasi hagymázhoz 10, váltólázhoz 1, küteges hagymázhoz 6, s valódi himlőhöz 13 esetben csatlakozott vörheny. *Hase* azt mondja, hogy az előrement fertőzésnek nem volt hatása a vörheny lefolyására.

Aránylag nem ritkán a vörheny igazi, bacillaris diphtheriával kombinálódik. *Heubner* ezen kombinációra vonatkozólag azon véleményen van, hogy kisebb a baj, ha a diphtheria társul vörhenyhez, mint megfordítva, a mikor a vörhenyinfeció másodlagosan csatlakozik a diphtheriához. A két fertőzés kombinációját osztályomon eddig mindössze 5 esetben volt alkalmam észlelni. Ezen 5 eset közül 2-nél megelőzte, 3-nál követte a diphtheria a vörhenyt.

Az első kategóriába tartozó két eset közül az egyik 4 éves gyengén fejlett s táplált leánykát illet, ki 1902. márczius 9-dikén vétetett fel osztályomra laryngitis crouposával, mely még a felvétel napján intubálást igényelt.

Márczius 13-dikán, a mely napon detubáltatott, vörheny lépett fel, mely enyhe tünetekkel köszöntött be, de napok múlva súlyos jelleget öltött; márczius 30-dikán láztalan. De már másnap újra mozgalmak léptek fel, mik lassankint emelkedtek, április 9-dik és 10-dikén érték el tetőpontjukat, s ezután lépcsőzetes esés alakjában lassan fejlődtek vissza; teljes apyrexia április hó 25-dikén állott be. Ezen lázas mozgalmak jobboldali térdzületi gyulladásban, jobboldali tüdőgyulladásban s genyedéses állalatti mirigygyulladásban lették okukat. A kis leányka, könnyen érthetőleg, lassan reconvalesskált, de végre is kitünő conditióban június 14-dikén távozott az osztályról. A 2-dik eset két éves fiúcskát illet, ki 1902. márczius 13-dikán küldetett be osztályomra súlyos diphtheriával s baloldali kisterjedelmű tüdőgyuladással; márczius 24-dikén vagyis 11 nap múlva súlyos vörheny, de már márczius 30-dikán a láznak szinte kritikusként mondható esése után, apyrexia. Nem egészen 2 hét múlva rája eléggé súlyos kanyaró lépett fel, de a fiúcska szervezete ezen harmadik fertőzéset is diadalmasan leküzdötte; aránylag igen rövid alatt reconvalesskált.

A 2-dik categoriába tartozó 3 eset közül az első 3 éves leánykát illet, kit testvérével együtt 1902. május hó 15-dikén hozott be az anyja osztályomra oly kórelőzménnyel, hogy 2 hét előtt kanyarója volt, vörhenye pedig előző nap lépett fel. Vörhenye igen enyhe tünetekkel folyt le, 19-dikén már láztalan lett. E láztalan állapottal azonban élénk ellen-tétben állott a leányka rendkívüli halványsága s nagy bágyadsága. Május 30-dikán újból, még pedig magas fokú lázak, előidézve genyes középfülgyulladás és vesegyulladás által; június 9-dikén bacillaris diphtheria a jobb tonsillán, másnap a bal tonsillán s a garat hátsó falán. Maga a diphtheria nem volt épen súlyosnak minősíthető, de az állapotot szerfelett súlyosította igen kiterjedt retropharyngealis phlegmone, mely nemsokára hatalmas tályog képződésére vezetett. Ezt a tályogot június 13-dikán per os, legmélyebben elérhető pontján megnyitottam; bemetszésre orr- és szájon át nagy mennyiségű geny ürült, beállott teljes láztalanság is, de a leánykát mégsem sikerült életben tartanunk, mert június 15-dikén, mondhatni szinte váratlanul szívbénulás tünetei között meghalt.

A 2-dik eset 4 éves leánykát illet, ki 1902. márczius hó 8-dikán küldetett be osztályomra már kezdődő hámlással, de rendkívül súlyos vörheny-diphtheroiddal. Ez az angina igen súlyos ronesolást idézett elő, de mégis megállapodott, s ennek utána legszebb javulásnak indult, dacára annak, hogy kiterjedt tüdőgyulladás is complikálta az állapotot. Április 1-jén azonban a már teljesen felszult torokban bacillaris diphtheria lépett fel, mely gyorsan átterjedt a gégére; serum és intubálás dacára a leányka április 6-dikán meghalt. A bonczolatnál az derült ki, hogy ez a leányka — a mint ezt különben gyanítottuk is — gyermekkorban is szenvedett; máskülönbén én igen valószínűnek tartom, hogy a diphtheriát is leküzdötte volna.

A 3-dik eset 4 éves leánykát illet, kit 1902. április hó 17-dikén vettünk fel az osztályra oly kórelőzménnyel, hogy 7 hét óta hasfájásban s gyakori obstipatióban szenved. A vizsgálat mindössze vulvovaginitist tudott megállapítani, melyet az anya állítólag csak előző nap vett volna észre. Egy hét múlva hirtelen magasabb láz s vörhenyre szerfelett gyanus tünetek a torokban léptek fel, miért is a leánykát a vörheny-osztályra tettem. Vörheny-exanthemát ugyan itt sem észleltünk rajta, de a torok tipikus megbetegedése a vörheny kórisméjét kétségtelenné tette. [A torok diphtheroid anginájához csatlakozott csakhamar az orr megbetegedése is; arányban a helybeli folyamant súlyosságával kifejlődött ennél a leánykánál oly súlyos általános állapot is, minőhöz fogható, nyugodtan mondhatom, egyhamar nem láttam. Körülbelül 8 napon át ez a kis leány úgyszólván nem is mutatott életjelenséget. Mint más heveny fertőző bántalomnál sem, úgy a vörhenynél sem lehet egyes egyedül a láz foka s tartamából következtetni a fertőzés intensitására. Ceteris paribus mégis elég számos esetben a hő foka és menete egymagukban tájékoztatnak bennünket a fertőzése súlyosságáról. Ez esetben is a lázgörbe, melyet bemutatok, alkalmas illusztrálni, hogy az orr- s torokfolyamat által feltételezett fertőzése a szervezetnek mily súlyos lehetett. Később kétdoldali genyes középfülgyulladás, még később — úgyszólván már a reconvalescentia kezdetén — bacillaris diphtheria is. De a leányka ezt a fertőzést is leküzdötte, s június 5-dikén aránylag tűrhető conditióban távozott az osztályról.]

Előadásom befejezésekként megemlékezem még néhány szóval az esetben alkalmazott terapiáról illetőleg a rosszindulatú vörheny gyógyításáról általában. Ez esetben is, mint annyi sok másban, szorgalmasan alkalmaztunk langyos fürdőket, combináltan hideg leöntéssel a tarkóra és mellkasra; nem fukarkodtunk camphor injectiókkal, s adtunk egy héten át naponta egy-egy hypodermoclysis-t. A mint méltóztatnak talán tudni, már néhány év előtt a vörhenyes vesegyulladás terapiájáról tartott előadásomban az uraemia gyógyításánál a vérelvonással kapcsolatos hypodermoclysisek alkalmazását — igaz akkor még csak 7 eset kapcsán, de igen melegen ajánlottam volt. Ma, a mikor már sokkal nagyobb számú esetre tekinthetek vissza, még melegebben emelek szót a hypodermoclysisek érdekében. Arról győződtem meg, hogy a vérelvonás, a hol javálva van, s a hypodermoclysis, mely ellenjaválva úgyszólván soha sincsen, az uraemia terapiájában leghathatósabb fegyverünk, miket más gyógyeljárás vagy gyógyszer nem pótolhat. De ugyanazon gondolatmenet alapján, mint az uraemiánál, alkalmazzuk a hypodermoclysiseket más betegségeknél, pl. a gastroenteritis choleriformisnál, továbbá septikus megbetegedéseknél általában, s speciell malignus vörhenynél is. Rosszindulatú septiform vörheny minden esetében most már sohasem mulasztjuk el még hypodermoclysisekhez is folyamodni; nagyon is jól tudom, s tapasztalom is, hogy legtöbbször ez az eljárás is hiába való; de némely ritka esetben mintha mégis segítene. Eddig két esetünk van, mik azt a benyomást keltették bennünk, hogy abban, hogy életben tudtuk őket tartani, a hypodermoclysiseknek is volt részük. De ha concedálok is, hogy az eredmény megítélésénél elfogult vagyok, hogy a post hoc ergo propter hoc helytelen elvének én is áldozatul eshetem, annyi mégis bizonyos, hogy a hypodermoclysisek alkalmazása a vör-

henyes sepsis terapiájában is: rationalis eljárás. Minthogy ez a beavatkozás veszélytelen, technikája pedig egyszerű, alkalmazását melegen ajánlom és pedig nem is annyira a foudroyans, mind inkább a vonatottabb lefolyású esetekben. Ha 100 eset közül csak egynél is lesz eredménye, úgy a többi 99 esetben sem végeztetett hiába!

Irodalom:

1. Heubner: Die deutsche Klinik. Masern. 2. Linzbauer Rezső: Az állhártyás gégeleob mint a kanyaró szövődménye. Magy. orv. archiv. 1902. III. füzet. 3. Heubner: i. h. 4. Linzbauer: i. h. 5. Bókay: Kanyaró. A Belgyógyászat Kézikönyve, I. kötet. 6. Heubner: i. h. 7. Sommer: Allg. med. Central Zeitung, 1887, Nr. 32. 8. Flesch: Berl. Klin. Wochenschrift, 1880, Nr. 46. 9. Th. Morrison: The Lancet. May 16, 1891. 10. Hase: Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 39, S. 58. 11. Rolly: Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 50, S. 401. 12. Kohn: Arch. f. Dermatologie u. Syphilis, 1897. Bd. 40, Heft 2—3. 13. Heubner: i. h. 14. Die Deutsche Klinik. Scharlachfieber. 15. Hase: i. h. 16. Taylor: The Lancet, August 2, 1890. 17. Lange: Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. 42, S. 35. 18. Grancher: idézve Lange-nál. 19. Besse: idézve Grancher-nál. Hirsch: Zur Casuistik des Scharlachs. Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. 52. (Neue Folge.) 21. Wolberg: Berlin. Klin. Wochenschrift, Nr. 50, 1886. 22. Genser: Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. 28, S. 420. 23. Kramsztyk: Jahrb. für Kinderheilkunde, Bd. 34, S. 34. S. 147. 24., 25. Theodor: Arch. f. Kinderheilkunde, 16. Bd. u. 27. Bd. 26. Claus: Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 38, S. 37. 27. Heubner: i. h. 28. Lichtmann: Pester med. chirurg. Presse, Nr. 39, 1892. 29. Szy-piorszky (Longwy): Gazette des hopitaux 1895, Nr. 29. 30. Boeker: Archives of pediatrics. März 1893. 31. Prokonszki: Medicinskije Obo-szenje Nr. 7, 1894. 32. Heubner: i. h. 33. Thalmers: Lancet Nr. IX, vol. II. 1886. 34. Heubner: i. h. 35. Labbé: New-York med. Journal, 22. Mai 1897. és Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1897, Mai. 36. Ulrich: Hosp. Tid. 3, R. VI. 1. 1888. 37. Matiega: Prager med. Wochenschrift 36, 1888. 38. Gonser: Jahrb. f. Kinderheilk., 56, d. III. Folge, 6. Bd., Heft. 1. 39. Heubner: i. h. 40. Leó: Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 47, S. 70. 41. Häubler: Deutsche med. Wochenschrift 1900, Nr. 33. 42. Richter: Arch. f. Kinderheilk., Bd. 32, S. 97. 43. Haller: Deutsche med. Wochenschrift 1902, Nr. 35. 44. Köttnitz: Allg. med. Centralzeitung, 89, 1887. 45. v. Starck: Arch. f. Kinderheilk., 17. Bd. 1. u. 2. Heft. 46. E. Mac-dowel Cosgrave: The British medic. Journal, 16. Jan. 1897. 47. Philippoff: Arch. f. Kinderheilk., 14. Bd., S. 411. 48. Dreier: Dietskaja Medicina 1896, Nr. 5. 49. Zinnis: Arch. di pathologia infantile, 1888. p. 218, f. 50. v. Szontagh: Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 28, S. 172. 51. Montoux et Lop: Gazette des hopitaux 1898, Nr. 54. 52. Swallow: British med. Journal 1898, S. 755.

Közlemény a budapesti „Stefánia“ gyermekkórházból.

Gyermekekori xanthoma tuberosum esete.

Közli: Torday Ferencz dr., I-ső segédorvos.

A xanthoma a ritkább kórképek közé tartozik. Különösen gyérek az irodalomban azok az esetek, hol a jellegzetes elváltozások vagy veleszületettek voltak, vagy már a kora gyermekkor éveiben köszöntöttek be. Török Lajos sokat és behatóan foglalkozott e kórképpel. Felkutatta és összegyűjtötte mindazon eseteket, hol a xanthomás elváltozásokat már a betegek gyermekkorában észlelték. Török 25 gyermekekori xanthoma-esetről emlékezik meg. Az újabb irodalmi adatok között még más öt eset kórtörténetére akadtam.

A kórkép ritkasága indított e közlésre. Ennek keretében csak röviden akarok utalni arra, hogy ezen bőrbetegség aetiológiája még nem tisztázott, hanem sokat megvitatott nyílt kérdést képez. Némely esetekben az öröklékenység játszik szerepet. Másokban icterus, májbetegségek, diabetes mellitus kísérik a bőrelváltozásokat. A kórképre jellegzetes az, hogy ezitromsárga, élesen körülhatárolt, sekély, lapos vagy a felszín felé emelkedő kis borsónyi, egész mogorónyi, olykor még nagyobb terime-nagyobbodások jelentkeznek a köztakaró alatt a test különböző részein. A lapos xanthomás elváltozások különös előszeretettel a szemhéjakon székelnék. A csomós alakúak a törzsön és végtagokon. A xanthomás göbcsék újonnan képződött kötőszöveti, illetve endothel-sejtekből álló daganatok, melyekben zsir nagy tömegekben rakódott le. Jellegzetes alkatrészek a xanthoma-sejtek, melyek nagysága a hám-sejtek és legnagyobb óriássejtek között váltakozik. Hártyával van körülveve, protoplasmája szemcsés, nagy, kerek és ovalis magvakkal bir. A sejt egyes alkatelemeit a beléje ágyazott nagyszámú zsireppecskék többnyire teljesen elfedik. A felső cutis-rétegben sok átmeneti alak látható. A xanthoma-sejtek

az új képletekben rendszeren csoportokban összefüggő szigeteket képeznek.

Jellegzetes ezen bőrbetegségre az, hogy csak igen ritka esetekben fejlődik vissza. A gyógyszeres beavatkozások többnyire sikertelenek. Esetünk a tekintetben is érdekes, hogy alkalmunk volt a bőrelváltozások visszafejlődését is észlelni.

Az eset kórtörténetét a következőkben foglalom össze: Berkes Irma. Egy éves. Három hónapos korában először az arezon, a felső és végül az alsó végtagokon jelentkeztek a körülírt felszín fölé alig emelkedő citromsárga színű foltok, melyek utóbb sárgás színű tömött, kisebb-nagyobb terime-nagyobbodásokká alakultak át. A családban állítólag sem hasonló természetű bőrbajban, sem valamely örökletes betegségben senki sem szenvedett. A gyermek soha sem volt ictericus.

A gyengébben fejlett, lesoványodott leánya csontrendszerén angolkóros elváltozások láthatók. Az izomzat satnya, bőralatti kötőszövetzsirtartalma megfogyott. A bőr színe halvány, rózsás árnyalatú. Sárgás elszíneződés, sem a köztakarón sem a sclerán nem látható. A homlokon, az arezon, a felső végtagok hajlító és feszítő oldalán, a keresztcsont tájékán a farpofákon, az alsó végtagokon a talpak kivételével kisebb és nagyobb lencsényi élesen határolt félgömbömszerűleg kiemelkedő tömött, sárgás színű, nyomásra kissé elhalványodó, ép bőrrel fedett és környezett göb-



csék vannak. Felszínük sima, kissé zsírfényű. Az arc bal felén lencsényi, közepén halvány, sárgás-barna, kissé belövelt udvarral környezett, ellapult, felszín fölé nem emelkedő foltok láthatók. Hasonlók vannak a karokon, fartájokon és czombokon. Sem e foltok, sem a göbcsés kiemelkedések nem mutatnak szabályos elrendeződést. Az arezon és farpofákon körülbelül egyenletesen elszóródtak; az alkarokon és alszárakon pedig több egymás mellé sorakozó szabálytalan csoportokat alkotnak.

Az angolkóros rózsafüzzérrel bíró mellkas szervei felett a csekély tüdőhurut tüneteitől eltekintve, egyéb physicalis eltérések nem voltak kimutathatók. A puffadt hasban a máj egy ujnyira ért túl a bordaívén. A bélsár barnásan volt festenyzett; a vizeletben idegen alkatrészeket nem találtunk; czukornak még csak nyomaira sem akadunk.

A beteg kórházi tartózkodása folyamán egy croupos tüdőgyulladás esett át. Feltűnt, hogy a bőrelváltozások lassanként visszafejlődni kezdtek, úgy hogy már négy hét alatt az arezon volt göbcsés kiemelkedések jórészt lelapultak. Egyrészüknek közepe sötét-barnásan elszíneződött. A lelapult göbcsék contourja sárgás, széleken kékes árnyalatú volt. Hasonló színű, a sárgának megmaradt, de teljesen ellapult göbcséket körülövező szél is. A göbcsék más részéből csak halvány, barnásan pigmentált a bőr színe felé nem emelkedő, gombostűfejnyi és kisebb lencsényi foltok maradtak vissza. A felkarokon levő kivirágzás lelapult, a vállak felett foltokká alakultak át.

Az alkarokon levők aránylag csak kevésbé lapultak le. A farpofákon levők egyrésze foltot képez, más részüknek contourja a bőr felszíne alá süllyedő sekély árkot képez. A lelapult és színét veszített göbcséket fedett köztakaró ráncosan zsugorodott össze. A czombokon levő göbcsék lelapulóban, részben hasonló átalakulásban vannak. Az alszárakon levők is elvesztették élénk színüket. Ily állapotban bocsátattott el a beteg 1902. május 25-dikén a kórházból.

A xanthomás bőrrészletekből egy kettőt kivágtunk. *Preisich Kornél* dr., a kórház laboratoriumi főnöke ezen bőrrészletek szövettani képét a következőkbe foglalta össze:

A köztakaró niveauján túl emelkedő normális száru- és Malpighi-réteggel fedett képletek a Malpighi-réteg alatt felhalmazódott endotheloid-sejtekből állanak és a cutis felé is élesen határolódnak. Alsó határukon jelentékeny számmal foglalnak helyet a verejtékmirigyek. Az endotheloid-sejtek, melyek e képleteket alkotják, apró zsíreseppes-kékekkel telvők. Csaknem egyenletes elosztódással sűrűn fordulnak elő a Langerhans-féle óriássejtekhez hasonló sejtek, melyeknek protoplasmája szintén zsíreseppesekkel telődött. Az egyes képletekben szétszórtan kisebb-nagyobb tömegeket képező sárgás pigment-röghalmazok is vannak.

TÁRCZA.

A párisi Rothschild-kórház felavatása.

A gyermekgyógyászat és -védelem történetében a beteg kisdetek egy új hajlékának beszentelése, mindig oly örömdetes mozzanat, melyről beszámolni érdemes s melyről tudomást szerezni minden szakember kötelessége.

Henri de Rothschild múlt év deczember havának derekán mutatta be a meghívott szakközlegeknek a modern tudomány összes követelményeinek megfelelő gyermekkórházát (XVIII^e arrondissement, rue *Marcadet* 199). Mivel a kórház főorvosának és *Budin* tanárnak beszédei az intézmény létrejöttének történetét érdekesen ismertetik, ezek vázlatos közlését érdemesnek tartom.

Rothschild melegen üdvözlö a megjelent minisztert, hálaát fejezi ki jelenlevő tanárainak, kik közül különös meghatottsággal emlékezik meg *Pierre Budin*-ről. „Il ne s'est pas contenté d'être pour moi un maître bienveillant et indulgent, il est devenu un ami” (nemesak jóakaró és elnéző mesterem, hanem barátom) mondja *Budin* re vonatkozólag *Rothschild*. Ezek után nagy vonásokban méltatja volt mesterét, mint az első csecsemőrendelés alapítóját a „Charité”-ban, kit ezen minőségében szellemesen „père nourricier”-nek (táp-apa) nevez el. Lelkesedve a *Budin*-nél látottakon 1896-ban a „rue de *Picpus*”-ben alapított egy „goutte de lait”-t. „Ez időben még nem volt oklevelem,” mondja *Rothschild*, „de nézetem szerint sohasem lehet elég korán a jó gyakorlásához látni s mivel ehhez sem vényre, sem késre nincs szükség, megkezdtem a tejkiosztást és az asszonyokat a gyermekhygiénébe oktattam.” De egyhamar belátta, hogy a „Charité” és saját csecsemő anyaga közt a különbség óriási, ott többé-kevésbé egészséges, nála pedig a legsatnyább, — „ezeknél therapiáról s nem kizárólag hygiénéről kellett gondoskodni”. Ezért a szakemberek együttműködésére volt szüksége, e célból lépett *Boursier*, *Baillet*, *Ducroquet*, *Ehrhardt*, *Galippe*, *Léopold Levy* és *A. Pichon* nevű kartársakkal összeköttetésbe. A régi helyiség szűkére vált, ezért elhagyta a „rue *Picpus*”-t és ez új hajlékba költözött át.

Rothschild után *Budin* üdvözlöte a minisztert. Tanítványáról megemlékezve, kiemeli, „ő nemcsak egy gazdag ember, ki nemes módon használja fel földi javait, hanem tudós és orvos a szó legszentebb értelmében. 1893-ban jelentkezett nálam; névjegyét olvasva hidegen fogadtam, jelezve, hogy alantasaimmal szigorú vagyok s mulasztásokat nem tűrök. Nem lesz panasz! volt rövid felelete. Igéretét megtartotta”. Ezek után áttér a „dispensaire rue *Picpus*” méltatására. *Rothschild* irodalmi ténykedéséről beszélve, dicsérrel emlékezik meg a „L'allaitement mixte et artificiel” és „Bibliographia lactaria” című munkáiról. Nagyanyja emlékére alapította „a l'Oeuvre philanthropique du lait”-t és jelenleg mint a „Ligne contre la mortalité infantile” pénztárnoka szerez magának babérokát a gyermekvédelem mezején. Ez új kórház rendelő-intézet lesz beteg csecsemők számára, kik közül a kórházi ápolásra szoruló

felvételnek. A gazdagon felszerelt laboratóriumok tudományos vizsgálatok keresztülvitelére rendezettek be. Végre a tanításnak is fog szolgálni, a mennyiben egyrészt orvosnövendékek és orvosok, másrészt a társadalom minden rétegéből jelentkező nők számára fognak előadásokat gyermekbetegségek és higiéniáról tartani. Ezen populáris előadások — melyeknek eszméjét szerény sorok írója pendítette meg legelőször hazánkban — megtartásának óriási horderőt tulajdonít Budin; utal Mocquot tapasztalataira, ki Yonne városában berendezett rendelő intézetében rendszeresítette mint első ez áldásdús, a csecsemőhalandóság csökkentésében oly kiváló szerepet játszó intézményt.

Rothschild és Budin beszédeire az elismerés meleg hangján reflectált Chaumié minister.

A kórház berendezése mintaszerű, a kórtermeken rendelő, műtő és előadásra szánt helyiségeken kívül vegyi-, photographáló- és Röntgen-laboratóriummal bir. Általános feltűnést keltett az „automobile ambulance“ az automobil mentőkoesi, melynek hasznos voltát fejtegetni szükségtelen. Működik az emberszeretet és tudomány ez új hajléka a szenvedő gyermekcsereg javára!

Deutsch Ernő dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.*

A Barlow-kór, scorbutus infantum.

Közli Linsbauer Rezső dr., a budapesti „Stefánia“-gyermekkorház segéd-
orvosa.

1856 óta a német orvosi irodalomban Möller, Förster, Fürst és mások „Rachitis acuta“ elnevezés alatt jelentékeny számú észleleteket közöltek, melyeket a nevezett szerzők az angolkór hevenyen fellépő alakjának tekintettek, s a melyek kórképe kevés kivétellel a tárgyalandó betegségnek felelt meg. Azonban a dán Ingerslev volt az első, ki a szóban forgó betegséget a scorbuttal vonatkozásba hozta. A „Hospitalstidende“ 1871. évfolyamában írta le esetét. (33.) A jómódú családból származó, 15 hónapos, eleinte tehéntejjel, majd kizárólag liszt-neműekkel táplált gyermeknél soványodás és anaemia kíséretében foetor ex ore s stomatitis ulcerosa állott fenn.

Vas- és chinakészítmények használata daczára a baj fél évig eltartott, ellenben gyorsan gyógyult tavasszal, midőn a gyermek sok zsírszát** evett.

Két évvel később, 1873-ban Jalland-nak (36.) volt alkalma egy 10 hónapos, condensált tehéntejjel táplált gyermeket észlelnie, a kinél két hó óta vették észre, hogy a gyermek élénken felsikolt, mihelyt alsó végtagjait mozgatják s hogy foghúsa fellazult és vérzékeny; Jalland azonkívül fakó bőrszínét és a duzzadt térdek s bokák körül petechiákat talált. Jalland syr. ferri jodati-t, csukamájolajat, friss citromlevét és friss tehéntejet rendelt; nyolez nap múlva a foghús gyógyult, a petechiák eltűntek s a végtagok mozgatása fájdalommentes volt.

Ugyancsak két évvel később, 1875-ben, a londoni kórtani társaságban Smith (64.) „Periostitis haemorrhagica“ esetet mutatott be; a csontkészítmény oly gyermektől származott, ki három hetes kora óta nem kapott tejet; a gyermeknél anaemia, majd az alsó végtagok pseudoparalysise fejlődött ki. A boncolásnál mindkét csomb-, alszár- és sipesonton csontthártyaalatti vérzéseket, valamint a femur epiphysiseinek leválását észlelte.

Noha tehát Ingerslev, Jalland és Smith már előbb közöltek ilyenmű észleleteket, a gyermekkorú súlynek, mint önálló bántalomnak körvonalait csak Cheadle dolgozatai vonták meg, míg Barlow annak kórboneztani s kóroktani alapját dolgozta ki.

Cheadle első cikke 1878-ban, további közlései 1879 és 1882-ben jelentek meg. (13—15.) Már Cheadle utal azon feltűnő körülményre, hogy a szóban forgó betegség főleg jómódú családok gyermekeinél lép fel s ezen látszólag paradox tényállás magyarázata még ma is általánosan elfogadott (l. alább). 1882-ben a csontthártya leválását írta le s a betegségnek „osteal or periosteal cachexia“ nevet adta. Barlow (6—8.) első közleményében (1883) figyelmeztet, hogy csontthártyaalatti vérzéseket s epiphysiolysist a felnőttek scorbutjánál is észleltek, s ugyancsak ő említi, hogy német szerzők (Möller és mások) hasonló eseteket Rachitis acuta név alatt közöltek. A róla elnevezett betegség részletes leírását az amerikai Keating-féle „Cyclopaedia of the diseases of children“ című gyűjtőmunkában s újabban a francia „Traité des maladies de l'enfance“-ban tette közzé.

Barlow-é az érdem, hogy e bántalom kórboneztana s aetiologiája ma már csaknem teljesen tisztázott s így méltán nevezhetjük el róla e

kóralakot, melyet ő maga „infantile scurvy“ — gyermekkorú súlynek nevez.

Cheadle és Barlow közlései után az irodalomban ismertett esetek száma rohamosan növekedett, úgy hogy Heubner (30.) 1892-ben 50, Fürst (24.) pedig két évvel később már 166 esetről számolhatott be; az 1898-diki északamerikai statisztikában magában 379 eset szerepel. Ma már több mint ezerre rúg az irodalmilag ismertett esetek száma, s a földrajzi elterjedést tekintve, csaknem minden ország és állam szerepel közöttük. A legtöbb közlemény Észak-Amerika, Anglia és Németországból ered; a többi európai államokból aránylag kevés eset közöltetett, egyesekből pedig csak néhány sporadikus közlés jelent meg. Így Franciaországból Ausset, Comby, Hutinel, Lebrun-Renault, Morizard és Netter; Oroszországból Cima és Jemma; Svájcban Naef és Naegeli és mások közleményei tanúsítják e betegség előfordulását, míg Ausztriát, Norvégiát és Oroszországot csak Zuppingen, Johannessen, illetve Kissel cikkei képviselik a világirodalomban.

Azon országok közé, melyből B.-kór esetének észlelete eddigelé nem közöltetett, örvendetes módon hazánk is tartozik. Mert örvendetesnek kell mondanunk azt, hogy Magyarország gyermekeit e baj megkímélte, a minek oka bizonyára az, hogy csecsemőink túlnyomó része anya- vagy dajkatejjel táplálattal s a mesterségesen tápláltnak is forrált, de nem túlszterilizált tehéntej a táplálékuk, míg ellenben a gyermektápláltszék s egyéb tejpraeparátumok minálunk kevésbé használatnak, sőt nagyrészt ismeretlenek.

Tény az, hogy a budapesti „Stefánia“-gyermekkorház valóban nagynak nevezhető ambuláns és fekvő beteg anyagában mindezekig B.-kór egyetlen esetével sem találkozunk (pedig mondhatom, hogy az utóbbi években szinte „vadásztunk“ ily esetre). Meg kell azonban jegyeznem, hogy Grósz Gyula (29.) 1902. április havában a Budapesti Királyi Orvosegyesületben beteget, majd az ettől származó kórboneztani készítményeket mutatott be „Barlow-kór egy esete“ cím alatt. Mint-hogy azonban ez eset ez ideig irodalmilag feldolgozva nincs s a bemutatás alkalmával hozzászólók nagy része kétségbe vonta a B.-kór fennforgását, ezen egy esetet is sajnálatomra negligálnom kell. Más közlés a hazai orvosi irodalomban tudommal nem történt, sőt a betegségnek leírása is a magyar gyermekgyógyászati irodalomban nem méltányoltatott eléggé, illetőleg csak rövidesen, mintegy mellékesen tárgyaltatott. Ha a jelen sorokkal sikerülne a magyar orvosok figyelmét és érdeklődését e betegség iránt felkelteni s ha ez alapon kiderülne, hogy hazánk egyik-másik vidékén a gyermekkorú súly kórképe mégis csak előfordul, úgy ezen összefoglaló közlemény elérte célját.

Tünettan.

A Barlow-kór lényegében nem más, mint gyermekeknél fellépő súly (scorbut), a melyet azonban főképen a kifejezett anaemia s a csontokban lokalizált heves fájdalmak jellemeznek. A betegség, bár a társadalom minden osztályában előfordul, jómódú családokban gyakrabban észlelhető s ennek megfelelőleg a magányakorlatban inkább, mint közházakban. Így a gyakrabban említendő 1898-diki északamerikai statisztika (28) adatai szerint az esetek 83%-a a magányakorlat köréből származott és 379 eset közül 303-ban a hygienikus viszonyok jók-nak, sőt igen jóknak jeleztek.

Rendesen 7—11 hónapos gyermekeknél, vagyis az első életév második felében észleltettt; az élet első hat havában s 1½ éves koron túl csak elvétve kerültek észlelés alá. (Az amerikai adatok szerint 359 eset közül 300 jut a 6—15 hónapos korra.) Nembeli különbség nincs.

Kezdetre rendszerint hirtelen köszönt be. Említendő Naef (51.) észlelete, a ki quasi prodromatüneteket észlelt B.-kór egy esetében. Ily prodromumot más szerzők nem említenek. (Az 1½ éves, mesterségesen, tehéntej és aleuronatlisztrel táplált, angolkóros, vérszegény gyermeknél hirtelen a bal alsó végtagnak fájdalommasága lépett fel; másnap a bal térd és alszár feszítő oldalán vörös foltok jelentkeztek, részben hólyagképződéssel. E tünetek javulása után nyolez nappal tipikus B.-kór fejlődött ki.)

Az első tünetek rendszerint abban állanak, hogy az addig gyakran teljesen egészséges, vagy legalább annak látszó gyermek hirtelen halványodni kezd, s alsó végtagjai érintésére fájdalmat nyilvánítt. Eleinte ezen érzékenység csak az egyik végtagra szorítkozik, de többnyire 1—2 nap múlva a másik is fájdalmas s mindkettő aonyira elgyengül, hogy a gyermek sem járni, sem állani nem tud s nem akar. A beteg ilyenkor jellegzetes helyzetben fekszik; az alsó végtagok csípőben félig behajlítva lehetnek, míg az alszárak leölgnek, mintha hűdve volnának. A bántalom néha csak az egyik oldalra szorítkozik, de rendszeren részarányos; csak hogy a mint a két végtag megtámadtatása között rövid időköz szokott lenni, a két oldal bántalmazottságának foka is többnyire különböző. Nemsokára az alszáron, a térd vagy a bokák szomszédságában, esetleg a csomb alsó harmadában, egyik vagy mindkét oldalon csekély duzzanat támad; a duzzanatot fedő bőr oedemája, ha jelen is van, nem intenzív s a bőr elszíneződése vagy helyi hőemelkedés nem észlelhető. Újabb 1—2 nap alatt e duzzanat terjed és a dia- és epiphysis határa felett, illetve alatt a mélyben daganatot tapintunk, mely a csontot tok módjára egészen körülveszi. Ezen stadiumban a végtag ki van nyújtva, terimében megnagyobbodott, a rendesenél nehezebb, működése pedig teljesen felfüggesztett: a végtag pseudoparalytikus. A beteg halványsága, anaemiája eközben fokozódott; ezen nagyfokú anaemia maga elégséges olykor, hogy B.-kór fennforgásának gyanúját keltse. A gyermek mozdulatlanul, apathice fekszik a hátán s fél mindenkitől, ki feljőle közeledik; a végtag mozgatása, sőt érintése fájdalmas kiáltást provokál.

* Ezen rovat alatt néhány kevésbé ismert gyermekbetegséget óhajtok ismertetni ez év folyamán. (Szerkesztő.)

** Zsázsa = Lepidium sativum, egy régebben gyakran használt antiscorbuticum.

A legtöbb esetben ezen érzékenység az alsó végtagokra szorítkozik, de hasonló sensibilitást találhatunk a fejen, törzsen, vagy a felső végtagokon is, a hol a tünetek mindenben megfelelők az alsó végtagon leírtaknak, de a bántalom minden körülmények között az alsó végtagon sokkal kifejezettebb, mint a felsőn, a hol elég gyakran teljesen hiányzik.

Míg súlyosabb esetekben finom crepitatio mutatható ki a csontcsont egyik vagy másik (rendesen az alsó) vagy a sipcsont felső epiphysisé táján, a rendellenes mozgathatóság vagy szögleteltetés ritkábban észlelhető. Ezen tünetet nem régen még epiphysisleválásnak minősítették; csak a legújabb vizsgálatok mutatták ki, hogy ezen esetekben valódi töréssel van dolgunk az epi- és diaphysis határához közel, de már az utóbbiban. Ezen törésekre jellegzetes, hogy trauma előmentése nélkül keletkeznek, és Brun és Renault (10.) azon véleményükkel, hogy ilyfajta törés létrejöttéhez is valamely trauma szükséges, csaknem egyedül állanak.

Egyes esetekben egyik-másik lapoczká tövis alatti árkában, vagy a csipőcsont tarajának megfelelőleg találtak hasonló duzzanatot, mint azt az alsó végtagon leírtuk.

Feltűnő az alakváltozás, ha jelen van, a mellkason: egyes esetekben t. i. a szegycsont a bordaperczokkal együtt benyomva, s így mélyebben fekszik, a bordacsontok síkja mögött. A szegycsont ezen depressiója többszörös bordatörés által van feltételezve; a törés helye a bordapercz és csont határa, úgy hogy ezen törés az alsó végtag epi- és diaphysise határán észlelt törések analogja.

Ritkábban találtak ugyanezek subperiosteális vérzés okozta érzékenységet s duzzanatot a háti és ágyékesigolyák tövisai mentén, de kivételes esetekben a koponya oldalsó részein (falestetokon), sőt az arczsontokon is jelen lehetnek. Az irodalomban nyomát találjuk annak is, hogy hasonló eredetű vérzések a dura mater alatt is találtak, a mikor természetesen — az extravasatum nagyságához mérten — agynyomás tünetei többé-kevésbé kifejezettek. Valamivel gyakrabban észlelték egy- vagy kétoldali, hirtelen fellépő, mérsékelt exophthalmus-t, melylyel együtt járt a szemtekék deviatója lefelé. A felső szemhéj ilyenkor duzzadt, conjunctivális vérzés is lehet jelen, ellenben tensio emelkedés, vagy intraocularis vérzés nem mutatható ki, míg a fájdalmak igen hevesek szoktak lenni. A tünetek tehát hasonlóan azokhoz, melyek a koponyaalap mellső skálája töréseire jellegzetesek. Ezen orbitális vérzések egyiránt rövid idő alatt nyom nélkül felszívódhatnak.

A bőr részéről súlyos esetekben a bőr alatti hasmorhagiák észleltettek, míg az apró, purpuraszerű pettyek ritkábbak. Rachitikusoknál a tarkótáji izzadás fokozott lehet.

A foghúsnak a bántalom körébe vonása a gyermekkori súlynek talán a legnevezetesebb tünete, mivel az iny bántalmazottsága mindig arányos a már áttört fogak számával, s azon körülmény, hogy fogatlan csecsemőknél foghúsaffectio nincs, egyike volt azon okoknak, melyek e betegség természetének felismerését gátolták, s a miért egyes, különösen német szerzők, a Barlow-kór s a skorbut identitását ma is kétségbe vonják. Barlow axiomaként kimondja, hogy a mely gyermeknek foga még nincs, annál hiába keressük elváltozásokat a foghúson. Barlow e tünetet arra vezeti vissza, hogy a fogak áttörése előtt sokkal kisebb az edényzódás és vérbőség a foghúson, mint később, midőn minden egyes fog jelentékeny érrendszerrel igényel. Ha a fogak már áttörtek, úgy a végtagfájdalmakkal egyidejűleg vagy kevéssel utóbb, igen apró vérömlenyek granulatiókat találnak a már áttört fogaknak megfelelőleg; az iny azon részei ellenben, a hol fogak még nincsenek, ily granulatióktól többnyire mentek s csak néhány apróbb ecchymosist találnak. Súlyos esetekben e granulatiók növekednek annyira, hogy az ajkak közt kitolulnak, a mikor könnyen szétesnek, igen vérezékenyek, intenzív büzt terjesztenek s a gyermek táplálását megnehezítik. Középsúlyos esetekben a stomacoc kórképét látjuk: erősen belővelt s duzzadt foghús, vérezékenység, fekélyzódések, meglazult fogak, foetor ex ore.

Megjegyezzük, hogy Barlow fennidézett „törvénye“ alól természetesen van kivétel, melyről talán azt mondhatjuk, hogy megerősíti a szabályt. Egyrészt t. i. még fogatlan csecsemőknél is észleltek hasonló (bár csekélyebb mérvű) elváltozásokat, másrészt oly gyermekeknél, kiknél a fogzás már megindult volt, egyes esetekben a foghúst teljesen épnek találták. Érdekeseke e tekintetben a már ismertetelt említett amerikai statistika adatai. Az összesen 374 gyermek közül 45-nek foga még egyáltalában nem volt, míg a többinél a fogzás már megkezdődött volt. Ezen utóbbi kategóriába tartozó gyermekek közül csak 16-szor, vagyis az esetek csak 4.86%-ában találtak teljesen ép foghúst, sőt a fogzáson még innen lévő 45 csecsemőnél is csak két esetben volt az iny teljesen ép, míg a többinél ennek belőveltsége, duzzanata, fel-lazulása észleltetett. Részletesen:

	a fogzáson innen levő,	már foggal bíró gyermekeknél
teljesen ép foghús	2, illet.	16 esetben
a foghús duzzanata	19, "	293 "
" elszínesedése	17, "	259 "
" fungosus állapota	14, "	249 "
" vérezékenysége	5, "	188 "
" fekélyzódése	—, "	91 "

Az e statistikában szereplő összesen 374 esetnek tehát 95.2%-ában volt a foghús különböző fokban megtámadva.

Az emésztő szervek részéről még hányás és néha könnyű melaena észleltetett, egészen kivételesen gyomorvérzés is; többnyire azonban e szervek nem vonnak a bántalom körébe.

Hasonlóképpen a légző szervek is csak ritkán támadtak meg; aránylag gyakori az orrvérzés. Thoraxdeformatio esetén a légzés szá-

porább, felületesebb; súlyosabb esetekben bronchopneumoniák vagy tüdőbeli vérzések vészthozók lehetnek.

Haematuria elég gyakran észlelhető, sőt Barlow, Dickinson és mások oly eseteket láttak, a melyekben egyedül ezen tünet jelezte a scorbutot. Ilyenkor a vizeletben a vérnek megfelelő mennyiségű fehérje mutatható ki, göröcs alatt pedig vörös vörösek és vércylinderek, a nephritis egyéb jelei nélkül.

A súlyos anaemiától kísért esetekben a vér vörös sejtjeinek száma, valamint haemoglobintartalma esőkkent.

Az idegrendszer részéről angolkóros gyermekeknél a laryngospasmus fokozódhatik, vagy tetania lép fel a betegség folyamán. Ritkán, az anaemia s kimerülés stadiumában göröcsök, vagy comatosus állapot észleltetnek.

A lázmenet nem tipikus. A kezdeti szakban 1—2 napig lázas lehet a beteg, de a láz ritkán haladja meg 38—39°-ot. Egyébként és rendesen a testhő rendes, vagy subnormális.

A mi a betegség tartamát illeti, a könnyű esetek rendesen néhány hét alatt gyógyulnak; a táplálék megváltoztatása, illetőleg a helyes diéta elrendelése után azonban néha már 36—48 óra múlva feltűnő javulás észlelhető. Középsúlyos és súlyos esetekben a gyógyulás hét alatt áll be; igen súlyos, nagyfokú elerőtlenedés és anaemiával járó esetek ugyan elhúzódhatnak fél évig is, de abszolút rossz prognosist ezek sem nyújtanak. Végzetessé válhatnak azonban az úgyszólamint gyermekre valamely intercurrentis betegség, p. o. tüdőgyulladás, vagy bélhurut. A végtagfájdalmak, a pseudoparalysis s a szájláb rendszerint hamar megszűnnek; a végtagcsontok körül a csontthártya részéről képzett, tökéletlen csontszövetből álló tok a subperiosteális vérömlenyyel együtt felszívódik s idővel végkép eltűnik. Hasonlóképp gyógyulnak, illetőleg visszafejlődnek a törések, a mellkasdeformatio s az orbitális, stb. vérzések és vérömlenyek. A kimenetel ritkán halálos, s ekkor is többnyire intercurrentis betegségek vetnek véget a beteg életének s csak elvétve szerepel a B.-kór egyszersmind mint halál-ok is. Fürst 1894-ben az addig közölt esetek alapján 18%-ban állapította meg ugyan a mortalitást, de az azóta tömegesen észlelt és közzétett esetek mindenesetre tetemesen leszállították ez arányszámot.

A B.-kór kórismézésére tipikus esetekben különös nehézségekbe nem ütközik. Az anamnesis, a rendkívül jellegzetes végtagfájdalmak, a csontthártyaalatti vérzések s törések a stomatitis-szel egyetemben azon főtünetek, a melyek alapján a gyermekkori súly leginkább felismerhető. Rendkívül jellegzetes a nagyfokú anaemia is, a mely súlyos esetekben valóságos cachexiához vezethet. Ha a diagnosis kétes, az antiscorbutikus étrend döntheti el a kérdést; a helyesen megváltoztatott diéta eddig még B.-kór minden esetében lényeges és gyors javulást eredményezett.

Néhány szóval megemlítendőnek tartom még azon diagnosztikus tévedéseket, melyek a B.-kór felismeréséből eredtek, ill. eredhetnek. Intraeraniais vérzés esetén agybántalomra emlékeztek a kórkép; az orbitális vérzés előidézte exophthalmus esetleg szemgödrü tumorra vezetetik vissza. A heves végtagfájdalmak s pseudoparalysis alapján össze-tévesztették már a B.-kórt a következő betegségekkel: Polyarthritis rheum. ac., Rachitis, Paralysis infantilis, Pseudoparalysis luetica, stb. A végtag duzzanata láztalan lefolyás mellett osteosarcoma gyanúját keltheti, míg hasonló esetben az egyidejűleg fennálló láz az osteomyelitis kórképét imitálhatja, s volt rá eset, hogy a sebész ily körülmények között beavatkozott (Marsh).

Kórboneztan.

A Barlow-kór legpraegnansabb elváltozásai kórboneztani tekintetben a csontthártya alatti vérzések, melyek főleg a hosszú hengeres csontokban, nevezetesen a femuron s tibiaén észleltetnek. A vérzés majd csak a dia- és epiphysis határán, majd — és pedig az esetek többségében — a diaphysis egész hosszában s azon túl, részben az epiphysiseket is belevonva, választja le a csontthártyát a csonttól, de mégis úgy, hogy a csontthártya leválasztása a legkifejezettebb s a vérömleny a dia- és epiphysis határán a leghatalmasabb, míg a diaphysis közepe felé a vérömleny kisebb s a periosteumot csak tökéletlenül emeli le (Baginsky). A csont tehát csontthártyájától teljesen megfosztva fekszik a sötét vöröses-fekete vérömleny alkotta tasakban, melyet kifelé a megvastagodott s gazdag edényzódású csontthártya határol. A vérömleny a leválasztott csontthártya edényeiből származik s annak belső felületén számos elágazó, részben thrombotizált edény látható. Idültlen lefolyó esetekben a leválasztott csontthártya a maga részéről belső felületén új csontszövetet termel s ez alkotja azon vékony csonthengert, a mely a lefolyás későbbi szakában a végtagcsontot körültekint. Előrehaladott esetekben a csontvelő is hasonló, de kisebb vérzéseket mutat, sőt esetleg magában a csontszövetben, nevezetesen az epiphysismagban is lehetnek apró haemorrhagiák.

A csontthártya alatti vérömlenyek egyébiránt könnyen eltávolíthatók; göröcsileg fibrinből és a vér sejtjei alakelemeiből állanak. A subperiosteális vérömlenynek megfelelőleg a környező izomzat is véresen beivódott; hosszabb tartam után e beivódás az izomzat nagyfokú sorvadását okozza s az izomzatot vízenyősen átívódott kötő- és zsírszövet helyettesíti (Jacobsthal).

Ha törés is van jelen, a csontthártya felmetszése előtt alig van irányeltérés. A B.-kórál előforduló és arra jellegzetes megszakításait a csont folytonosságának, azelőtt tiszta epiphysiolysisnek tartották; újabb azonban pontosabb vizsgálatok kimutatták (Naegeli jun., de már Barlow is), hogy tulajdonképpen nem epiphysis-leválással, hanem igazi töréssel, fracturával van dolgunk, a mely 1—2 mm.-rel az epi- s diaphysis határa felett székel s így makroszkopice könnyen epiphysiolysis-

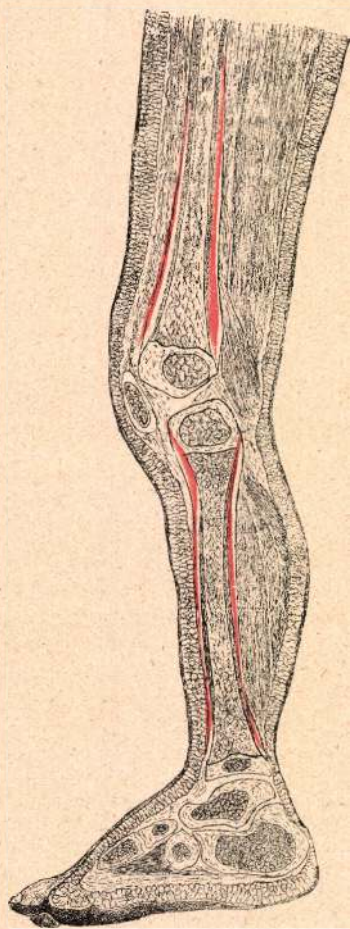
nek imponálhat. A két törésvéget véreagulumok választják el egymástól; a törés harántirányú, finoman csipkézett; dislocatio rendesen hiányzik. Az epiphysis-vonal maga nem mutat eltérést a rendestől.

Hasonló, de rendszerint csekélyebb elváltozásokat találtak a humeruson, a lapocza fossa supra- és infrapinartájában s a fossa subscapularisban, valamint a bordákon, a melyek néha egész lefutásukban denudáltan fekszenek a vérrel telt, kitágult csontthártyaszakban. A sternum fentebb említett depressióját az okozza, hogy 1—2, vagy több borda elülső végén, közvetlenül a bordacsont és porc találkozására mellett törést szenvedett. Végül találtak subperiostealis vérzést a koponyacsontok külső és, Möller egy esetében, azok belső felületén; ezen esetben a véromlens az orbitákig terjedt s így okozta a kétoldali exophthalmust. (Hasonló Hoffmann A. esete.)

Az ízületek csaknem mindig szabadok; csak igen kivételesen észleltek például a csipőízületben csekély vérzést.

Petechiákat s kisebb véromlenyeket a zsigerekben is találtak, így a pleurán, tüdőben, lépben, vesékben, a béltüszőkben stb.

Fontosabb még a görseői lelet. A mi a véromlenyeket illeti, Naegeli jun. azon eredményekre jut, hogy a subperiostealis vérzés nem egyszerre történik, hanem lassanként, egymásután s hogy legelőbb a későbbi törés helyén történik a vérzés. Ezen eredményhez azon vizsgálatok alapján jutott, hogy a vérrögök vasreactióját vizsgálta ferrocyan-kalium + sóssal; számos rög megtartotta vöröses-barna színét, mások



A New-Yorki „Museum of the College of Physicians and Surgeons” egy készítménye után készült ábra.

zöldes-kék színt vettek fel s a rögöknek aránylag csak kis részre mutatta a jellegzetes sötét-kék színeződést: ezen vérrögcszék mindannyian a legfiatalabb csontgerendácskák rétegéből származtak.

A csontvelőben lobnak semmi nyoma, mint a hogy a lobnak teljes hiánya általában jellemző a B.-kóros elváltozásokra. Feltűnő a csontvelő pulpasejtjeinek ritkasága és a kötőszöveti rostos elemek túlsúlya; véredényekben sem igen gazdag.

Legbonyolultabbak a mikroszkopos viszonyok a csont és porc határán s azért helyesnek vélem, ha Naegeli jun.-nak (53), ki a B.-kór histopathológiájával legutóbb foglalkozott, szavait idézem:

„A porc maga a rendes görseői képet nyújtja; a szaporodó porcszövetek hosszabbak ugyan a rendesnél, de nem annyira, mint az angolkóránál. A sejtsorok elrendeződése olykor szabálytalan; itt-ott sugárszerűen divergálnak egy pontból az epiphysis határa felé, a mely pont az epiphysis csontmagja szélének felel meg.”

„A hypertrophikus porcszövetek rétege meglehetősen széles; elrendeződésük olykor kissé szabálytalan, de egészben véve a rendestől kevésbé eltérő. Erre következők a velőüreg felső határa, harántirányú hullámvonalon alakjában, 3—4 hullámhegy és — völgygyel; mindegyik hullámvonalon azonkívül több második kitérést lehet látni. ... Így azután az előhatoló velőüregek csúcsai nem esnek egy, körülbelül egyenes

harántvonal irányába, mint rendes körülmények között, hanem e képzelvonalat hol meghaladják, hol meg azon innen maradnak. ... A következő réteg, a melyben az elmeszesedett porzalapanyagot fiatal csontszövet helyettesíti, helyenként igen széles; hálói több helyütt szokatlanul nagy kiterjedésűek, de feljebb, a diaphysis felé már nem találunk szétszórtan sem ily góczokat, mint azt az angolkóránál elég gyakran láthatjuk. ...”

A vér görseői képe nem mutat jellegzetes elváltozást. Legkifejezettebb a haemoglobin mennyiségének és a vörös vérszettek abszolút számának csökkenése; ellenben a vörös és fehér vérszettek, valamint a fehér vérszettek különböző feleségeinek egymáshoz való számaránya a B.-kórra nem jellegzetes. (Cima).

Kórok tan.

A B.-kór természete s aetiologiája eddig teljesen tisztázva nincs s pathogenesist illetőleg a szerzők véleménye igen megoszló. Vannak, kik luetikus, mások ismét rachitikus alapon származónak tekintik e kórt; egyesek mint önálló betegséget fogják fel s végül vannak olyanok, s talán ezek tábora a legnagyobb, a kik a scorbuttal azonos, vagy legálább scorbutszerű bántalomnak tekintik.

Barlow maga a bujakór s a gyermekkori súly közti összefüggést tagadja. Eltekintve az anamnesistól és attól, hogy a lues hereditaria első tünetei rendszeren sokkal előbb jelentkeznek, tényleg van hasonlatosság a két bántalom klinikus tünetei között. Így mindkettőnél részarányos pseudoparalysis és epiphysiolysis, csontmegvastagodás s fájdalom lehet jelen, de luesnél a fájdalom s az érzékenység távolról sem akkora, sőt a duzzanat is többnyire jelentéktelen; bujakóránál az ízületek is meg lehetnek támadva, míg B.-kóránál úgyszólván soha. Esetleg azonban csak a boncolás döntheti el véglegesen a kérdést. A luetikus csontelváltozás, Parrot szerint a diaphysis csontszövetének kocsonyás elfajulásában áll, melyet mérsékelt perichondritis, illetőleg periostitis kísér, de a csontthártya nem emelkedik le a csonttól, mint a B.-kóránál. Igaz ugyan, hogy 6—7 hónapos, vagy még idősebb gyermekeknek adott esetben a lues hered. kizárása nem mindig lehetséges, de az eddigi bonczletek, észletek és tapasztalatok azt bizonyítják, hogy a syphilis a B.-kóránál, mint kórokozó tényező nem jön számba.

Ezzel szemben Starck (66) azt hiszi, hogy talán angolkór és lues együttes jelenléte a B.-kór létrejöttét elősegíti. Ezen véleményét három oly esettel támogatja, melyekben a B.-kór angolkóros és egyszersmind luetikus gyermekeknek folyt le s a kiknél higanykezelésre a tünetek visszafelődtek. A kérdést egyébiránt véglegesen eldönti azon körülmény, hogy a B.-kórra jellegzetes mikroszkopikus lelet teljesen eltérő a veleszületett bujakórétól.

Sokan, különösen német szerzők, rachitis acutának is nevezték a szóban forgó bántalmat. Teljesen igaz, hogy az esetek nagy számában, sőt többségében előremet, vagy még fennálló angolkór jelei mutatathatók ki, sőt az izzadás s laryngospasmus fokozódhatnak is a B.-kór lefolyása alatt. S bár az autopsiánál gyakran találtak rachitikus csontelváltozásokat is, más esetekben ezek teljesen hiányoztak; másrészt pedig rachitis typikus eseteiben a jellegzetes véromlenyek absolute nem voltak kimutathatók, még igen kifejezett csontellágyulással, többszörös infractióval complicált angolkóránál sem. Különböznél is, ha a két bántalom egymással azonos lenne, az angolkór óriási elterjedése mellett B.-kórral sokkal gyakrabban kellene találkozunk (a mi egyébként a luesre nézve is áll) s nehezen volna érthető az, hogy például a budapesti „Stefánia”-gyermekkorház gazdag ambulans anyagában B.-kór mindeddig nem észleltetett, noha különösen a tavaszi hónapokban a megfelelő korúak közül majd minden második gyermeknél lehet kisebb vagy nagyobb fokú angolkóros elváltozásokat kimutatni.

Annyit Barlow is concedál, hogy az angolkór mintegy az alkalmas talajt szolgáltatja a gyermekkori súlyre jellegzetes csontelváltozások fejlődésére. Hirschsprung (31) hangsúlyozza, hogy angolkór szükséges előfeltétele a Möller-B.-féle betegségnak, a melyet ő „Rachitis acuta in chronica” elnevezéssel szeretne jelölni, hogy kitérítse azon nézetét, mely szerint e betegségnél rachitikus folyamatok exacerbatiójával van dolgunk. Rachitikus alapon eredőnek tekinti a B.-kórt Ausset (3) is, sőt valószínűnek tartja, hogy oly esetekben is, melyekben az angolkór makroszkopice nem mutatható ki, chemiai és histológiai értelemben már fennáll.

Vannak szerzők, kik a B.-kórt fertőző bántalomnak tekintik (Heubner, Baron, Zuppinger és mások). Bakteriológiai vírvizsgálatok, melyeket eddig Hirschsprung, Rehn és Starck végeztek, teljesen eredménytelenek voltak: sem Babes bacillus, melyet felnőtt scorbut-betegek-nél talált, sem a Finkelstein-féle bacillus haemorrhagicus nem volt kimutatható. De a B.-kór fertőző természete ellen szólnak a lob teljes hiánya is, a mit a bonczolók egyhangúan constataáltak. Sem a hyperaemia, sem leukocyták kivándorlása, vagy sejtcsészürődés a bántalom helyén az eddig görseővel vizsgált esetekben nem volt kimutatható. Sőt Naegeli jun. (53) ezek alapján azt meri állítani, hogy ha a jövőben valamikor B.-kóránál bacillusokat sikerül kimutatni, úgy ezeket a priori nem kórokozóknak kell majd tekinteni, épen a lob teljes hiánya folytán.

Ezen nézettel ellentétben Zuppinger (70) azt hiszi, hogy B.-kóránál fertőzéssel van dolgunk, melyet a meg nem felelő táplálás elősegít. Hasonló eredményhez jut Baron (9).

Különvéleménye van a B.-kór aetiologiáját illetőleg Köppen-nek is (39). Szerinte a B.-kór az angolkórtól s scorbuttól egyformán távol áll: a bántalom oka szerinte, inkább constipatióval járó idült bélhurut, melynek folyamán bomlási és rothadási termékek szívódnak fel; ezen autointoxicatióból magyarázza Köppen a B.-kór összes tüneteit. Köppen véleményét részben igazolják G. Jackson és V. Harley (34) újabb vizs-

gálat a felnőttek scorbutját illetőleg, a melyeknek eredménye az, hogy valószínűleg nem a friss növényi eledetek hiánya, hanem romlott (conserv-) hússal való hosszas és kizárólagos táplálkozás, tehát ptomainok okozzák a sülyt. *F. Cima* (16) szerint is a B.-kór oka: specifikus, toxinképződéssel járó biochemiai folyamat, mely hiányos, vagy elégtelen táplálkozási viszonyok között jő létre.

Tetszetős *Orbán* (57) teoriája, ki az enzimek hiányában keresi a B.-kór okát. Mint látjuk, a gyermekkori süly csaknem kizárólag mesterségesen táplált csecsemőknél fordul elő, s ezek között is főleg olyanoknál, a kik túlsterilizált tejjel vagy táplisztekkel stb. tápláltattak, már pedig a forralás az enzimeket elpusztítja, az egyéb praeparatumban pedig már eleve nincsenek jelen.

Közel áll ehhez *Neumann* (56) álláspontja, a ki a B.-kór okát a hosszas forralás, vagy túlhevítés által a tejben képződő toxikus anyagokban keresi. Ezen toxikus anyagok kétségtelenül csak relative mérgezők, mert igen sok gyermek a legcsekélyebb baj nélkül táplálkozik ily tejjel, s valószínűleg csak hosszas behatás után fejtik ki káros hatásukat. *Neumann* nézetét megerősítik *Oppenheimer* régebbi vizsgálatai, a ki a forralt tejben kénhidrogént, leucint, thyrosint stb. tudott kimutatni.

Legújabbán *Netter* (71) arra figyelmeztet, hogy a friss tehéntej nem jelentéktelen mennyiségű citromsavat tartalmaz: *Göldner*, *Henkel*, *Scheibe*, *Vaudin* és mások vizsgálatai a friss tehéntej literjében 0.9–1.5 gm. citromsavat mutattak ki, melynek legnagyobb része mint neutralis calciumcitrat van abban jelen. A citromsavas mész pedig tudvalevőleg azon kevés sók közé tartozik, melyek hideg vízben jobban oldódnak mint melegben, s így forralás által a citromsavas mész nagy része (körülbelül a fele) kicsapódik. Másrészt a citromsav antiscorbutikus hatása régóta ismeretes. E két körülményt összefoglalva *Netter* azon következtetéshez jut, hogy a forralás (sterilizálás) után csökkent citromsav-tartalma a tejnek eléggé magyarázza azon tapasztalati tényt, hogy gyermekkori sülyt leginkább mesterségesen, túlforralt stb. tehéntejjel táplált gyermekeknél látunk kifejlődni.

Egyedül álló a B.-kór aetiologiáját illetőleg *E. Meyer* (46) is, a kinek nézete szerint a kór első sorban a vérképző szerveket támadja meg; a megváltozott vérviszonyok az edények elváltozását idézik elő, mely azután a vérzéseket lehetővé teszi.

Conitzer (18) két esete kapcsán a B.-kórt szintén nem tekinti sülynek, mert szerinte nem mutatható ki minden esetben a friss (növényi) eledetek hiánya, s mert esetekben az antiscorbutikus kezelés eredménytelen volt. De kérdéses, hogy *Conitzer* esetei csakugyan B.-kórúak tekinthetők-e?

A 9, illetve 11 hónapos, sterilizált tehéntejjel táplált két csecsemőnél a végtagok igen nagyfokú érzékenysége és duzzanata állott fenn, azonfelül a vizeletben cylinderek és vér voltak kimutathatók. *Liqu. kalii acetici*, tej, bouillon s bor adagolására három, illetve öt hét alatt gyógyulás állott be. Subperiostealis vérzésről, vagy foghúsbántalomról a közleményben nincsen szó! *Conitzer* az „*Osteopathia haemorrhagica infantum*” elnevezést ajánlja.

Nägeli jun. is önálló betegségnek tartja a B.-kórt, s nem hiszi, hogy az a sülylyel azonos, legalább addig nem, míg a scorbutnak magának pontos mikroszkopikus meghatározása, lényege nem áll rendelkezésünkre.

Barlow szerint a kérdéses bántalom a sülyhez legközelebb áll. *Poupart* (58) már 200 évvel ezelőtt scorbutban elhalt fiatal egyének hulláiban epiphysiolysist s a bordák többszörös törését konstata. *Poupart* erre vonatkozó szavai a következők: „*Quand on reumait ces malades on entendait un petit cliquetis d'os . . . J'ai remarqué à l'ouverture de tous ces cadavres, dans lesquels on entendait ce petit bruit, que les épiphyses étaient entièrement séparées des os, qui en froissant les uns contre les autres, causaient ce cliquetis . . .*”

„*. . . Nous avons ouvert plusieurs jeunes gens, dans lesquels on entendait aussi un petit bruit sourd lorsqu'ils respiraient. Nous avons trouvé dans tous ces corps-là que les cartilages du sternum étaient séparés de la partie osseuse des côtes . . . Tous les jeunes gens au-dessus de 18 ans avaient en partie les épiphyses séparées du corps de l'os et au moindre effort on les en séparait aisément.*”

Hasonlóképen *Lind* (41) és *Budd* (11) scorbutban elhalt felnőtteknél esonthártyaalatti vérzéseket találtak. Páris utolsó ostrománál pedig *Vidal* és mások a tibián esonthártyaalatti vérömlenyt irtak le fiatal, sülyben elhalt egyénekénél.

Süly mellett szól továbbá az inybántalom, mely mindkét betegségénél megvan és valamint ritka a gingivitis oly B.-kóros csecsemőnél, kinek foga még nincs, hiányzik az öreg, már fogatlan scorbutikus egyénekénél is. Persze ezen szabály alól is van kivétel, de a nagy amerikai statistika (28) adatai szerint azon gyermekek, kiknél a fogzás már megindult volt, 95.20%-ánál a foghús bántalmazottsága kimutatható volt. Egyébiránt felnőttek scorbutjánál is hiányozhatik a foghúsaffectio; így *Lasèque* és *Legroux* (40) eseteinek 1/3-ében hiányzott.

A kóroktani momentumok analógiájában talál *Barlow* egy további érvet a két bántalom azonosságát illetően. Felnőtteknél — mint tudjuk — süly akkor fejlődik, ha kedvezőtlen hygienikus viszonyok mellett friss növényi táplálékot, vagy ennek aequivalenseit hosszabb ideig kénytelen a szervezet nélkülözni. (Aequivalensek alatt itt friss tej és friss hús értendő, bár ezek antiscorbutikus hatása sokkal kisebb, mint pl. a friss főzelék- vagy gyümölcsfélék.) Eddigi vizsgálatok kimutatták, hogy sülynél a vér alkalicitása csökkent, s hogy a scorbut előidézésénél szerepet játszik a tápszerek hamútartalmának megfogyása, illetőleg a sülyösszetételének megváltozása. Nevezetesen az eledetek túlságos káliumtartalma az, melyre számos szerző, mint sülyt okozó körülményre hivatkozik (p. o. hajósoknál, kik sok erősen sózott és füstölt húst fogyasztanak). Így *Rieth* (61) maga az általa ajánlott albumose-tejről

azt tartja, hogy eredeti összetételében túlsok kálisót tartalmazott, s erre vezeti vissza az albumose-tejjel táplált gyermekeknél ismételt (Conitzer, E. Meyer, Starck) észlelt B.-kór felleptét, sőt *Rieth* tovább megy s azon meggyőződésének ad kifejezést, hogy az összes eddig ismertett B.-kór-esetekben a tej alkalitartama idézte elő azt. (Hamúsírt és szódát gyakran adnak a tejhez, hogy tartósabb és fajsúlyosabb legyen.) A módosított *Rieth*-féle albumose-tejnél ily káros hatások kizárva.

Hogy egyébként a friss növényi eledetek hiánya egymagában nem elégséges süly előidézéséhez, azt egyéb tapasztalatok is igazolják. Így *Pritchard* (59) figyelmeztet, hogy scorbutot észleltek *Schroth*-féle gyógyintézetekben is, a hol tudvalevőleg kizárólag vegetáriánus kosztban élnek a betegek. E mellett szól *G. Jackson* és *V. Harley* (34) fennebb már említett, újabb vizsgálati eredménye is; ezen szerzők nem a friss növényi eledet hiányára, hanem a romlott hússal, conservekkel való táplálkozásra vezetik vissza a süly fejlődését. Példákra hivatkoznak arktikus utazók történetéből; így *Nansen* és *Johansen* legutóbbi északi utazásuk alkalmával kilencz hónapon át kizárólag medvehússal táplálkoztak s scorbuttól mégis mentek maradnak. Felemlítik ama tényt is, hogy a szamojédek egy része, a mely a téli időszakban délibb vidékre költözik, ott főleg romlott, besózott hallal él s ezeket a süly megtizedeli, ellentétben azokkal, kik otthon kizárólag iramszarvashússal táplálkoznak, a sülytől mégis mentek maradnak.

Akármit álljon is a dolog, tény, hogy a nyers húsnak, friss növényi eledeteknek, forralatlan friss tejnek antiscorbutikus hatása nagyobb, mint a főtt, vagy sült húsé, a szárított, vagy egyéb módon conservált gyümölcsé, avagy a forralt, sterilizált tejé. Ezzel magyarázza *Barlow* egyszerűs mind azon paradox körülményt, hogy szegénysorsú szülők gyermekeinél oly ritkán észlelhető e betegség; ezek tudniillik, noha többnyire szintén csak mesterségesen tápláltak, a tej vagy tápliszttel mellett egyéb, s nevezetesen növényi táplálékot is kapnak, így különösen burgonyát, a mely pedig jelentékeny antiscorbutikum. Szoptatott gyermekeknél B.-kórt csak igen elvétve észleltek s ezen esetek is egy és más tekintetben kifogásolhatók. *Netter* (54) felsorolja a szoptatott gyermekeknél észlelt s az irodalomban közölt B.-kór eseteket, de egyúttal hozzátesszi, kiemeli ama körülményeket, melyek minden egyes esetben kimutathatólag a szoptatás értékét csökkentették.

Így *Northrup* esetében a gyermeket oly dajka szoptatta, ki egyúttal saját gyermekét is táplálta és valószínű, hogy csak ez utóbbi kapott tulajdonképen női tejet. *Love* (42) esetében a szopó gyermek anyja higanykezelés alatt állott. *Southgate* (65) oly csecsemőnél látott B.-kórt, a kit tuberculosis anyja szoptatott. *Mather* (44) esetében a szopó gyermek anyja túlságosan sok teát ivott; a csecsemő három hét alatt gyógyult, miután anyja a mértéktelen teaivásról lemondott.

Ezekhez sorolhatjuk az újabb irodalomban közölt következő eseteket: *F. W. Crandall* (20) esetében a hat hetes gyermeket anyja szoptatta, a kinek bőven volt ugyan teje, de qualitative nem volt kielégítő. A csecsemőt lassacskán elválasztották s tehéntejjel táplálták, mire a B.-kór tünetei két hét alatt visszafelé fordultak. A gyermeket most ismét anyja szoptatta, de az előbbi tünetek ismétlődtek. Végleges elválasztás végkép megszüntette a bajt. *F. Cima* (16) esetében is kizárólagosan szoptatott gyermekről van szó; de a szoptatás ez esetben is elégtelen volt. (Részben idetartozik *A. Hoffmann* (32) esete, melyben a 1 1/2 éves, B.-kórban elhalt gyermek nem sterilizált, nyers tehéntejjel tápláltatott.)

Ezzel ellentétben a legtöbb beteg anamnesisében azt olvassuk, hogy a gyermeket mesterségesen, condenzált, vagy sterilizált tejjel, vagy a tej egyéb surrogatumaival, táplisztekkel, stb. táplálták. Így a *Baginsky* (5) által bemutatott tíz hónapos gyermek három hónapos koráig tehéntejjel, majd sterilizált Lahmann-féle „növényi” tejjel tápláltatott. *Netter* (55) esetet ismertet, ahol a 14 hónapos gyermek két hónapos kora óta kizárólag *Soxhlet*-tejjel tápláltatott. *Comby* (17) az ezen bemutatást követő eszmecsereben felemlíti, hogy ő oly gyermeknél látott B.-kórt, a kinek caseinjától megfosztott, sterilizált tehéntej szolgált táplálékul. *R. B. Gilbert* (27) két esetet közöl: egyikben „*Mellin's food*”, a másikban *Horlick*-féle malátatej volt a betegek tápláléka. *Morse* (50) hat esetében pedig kétszer malátatej-, egyszer-ezyszer „*Mellin's food*”, peptonizált tej-, „*modified milk*”- és végül túlsterilizált tejjel történt a táplálás. *E. Meyer* (46) albumosetejjel táplált négy gyermeknél látott B.-kórt. *Stark* (67) Schleswig-Holsteinban 77 esetet gyűjtött össze, melyek mindegyikében mesterséges volt a táplálás (négy ízben *Gärtner*-féle, egyszer *Vollmer*-féle, négyszer *Soxhlet*-tej, kétszer *Biedert*-féle tejsűrűkeverék, hatszor zabfőzet, kétszer daraleves, stb.). A nagy amerikai statisztikában az esetek 60%-ában amylaceákkal (a különféle gyermek-táplisztekkel) történt a táplálás.

Tekintetbe véve, hogy az esetek nagy többségében a betegek kedvező hygienikus viszonyok közt éltek, a táplálék befolyását a gyermekkori süly előidéző, vagy legalább elősegítő tényezői közt mindenesetre első helyre kell állítsuk, a mit a legszembetűnőbben a megváltoztatott étrend hatalmas és gyors befolyása bizonyít.

Mások a hasonló kóroktani tényezők ellenére még nem látják a B.-kór s a scorbut azonosságát bebizonyítottak, s a foghúsaffectióban is csak a „haemorrhagikus diathesis” egyik tünetét látják, mely azonban még nem identikus a scorbuttal. De haemophilia p. o. nem volt egyetlen esetben sem kimutatható, egyéb haemorrhagikus betegségektől pedig a végtagok specális bántalma, a betegség hosszú tartama s a kezelés gyors befolyása eléggé megkülönböztetik. Ennek dacára *A. Steffen* (69) a (gyermekkori) purpura tárgyalásánál említi, hogy ő a B.-kórt ide sorolni hajlandó.

Vannak végül, kik a süly s B.-kór identicitását a földrajzi elterjedés alapján vonják kétségbe. Már *Rehn* figyelmeztetett azon körülményre, hogy a B.-kórt leginkább oly országokban észlelték, hol az

„igazi” súly alig fordul elő, és ellenkezőleg: Oroszországból például, a hol a scorbut csaknem állandóan tanulmányozható, B.-kóról eddig közlés alig történt (Kissel); a scorbut továbbá kisebb-nagyobb endemiákban lép fel, míg a B.-kór mindig csak egyes sporadikus esetekben. Magának az igazi súlynek előfordulása a gyermekkorban Cheadle, Nordenskjöld, Vidal és mások észlelése óta nem szenved kétséget, bár Raachfuss például még nem látott scorbutot gyermeknél.

A kérdés tehát, hogy a B.-kór egy önálló megbetegedés-e, vagy pedig a scorbutnak bizonyos feltételek mellett előforduló specialis alakja, félig még nyílt kérdés, a mit legjobban bizonyít talán az a sokféle elnevezés, melylyel a szóban forgó kórfolyamatot az idő folyamán jelezték. E synonymák részint szerzők nevéhez van kötve, mint Barlow-, Cheadle-, Möller-féle kór, részint az egyes „keresztelők” egyéni meggyőződését, nézetét találjuk kifejezve oly nevekben, mint: *Rachitis acuta* (Möller), *Osteal* és *periosteal cachexia* (Cheadle), *Rachitis haemorrhagica* (Fürst), *Rachitis acuta in chronica* (Hirschsprung), *scorbutartige Erkrankung rachitischer Säuglinge* (Heubner), *Osteopathia haemorrhagica infantum* (Konitzer), stb. Újabbban azonban mindinkább tért hódít a „Barlow-kór” elnevezés, mely mellett csak az ezen szerző ajánlotta „*Scorbutus infantum*” használatát általánosságban.

Therapia.

Prophylaktikus szempontból az elmondottak alapján első sorban fontos, hogy csecsemők anya- vagy dajkatejjel, idősebb gyermekek pedig lehetőleg pasteurizált vagy egyszerűen felforralt, de nem túlhevített és túlszűrített tehéntejjel tápláltsanak. A tapasztalat bizonyítja, hogy sokáig, vagy igen magas hőfoknál történt sterilizáció a tej antiscorbutikus tulajdonságát jelentékenyen csökkenti s Neumann (56) legújabbban is hangsúlyozza, hogy kifogástalan tejnek 10–15 percig tartó forralása a *Soxhlet* féle készülékben elegendő lehet B.-kór előidézéséhez, miért is ő, ha megbízható friss tej nem áll rendelkezésünkre, a tejnek csak 60–65°-ig való felmelegítését, illetőleg ezen hőfoknál 1–1½ óráig tartó pasteurizálását ajánlja. Különösen kerülendők azonban a különféle tejsurrogátumok (mint: peptonizált vagy condensált tej, albumosetj, stb.), melyek hosszabb vagy kizárólagos használata gyakran B.-kórhoz vezet, valamint a különböző gyermektáplisztek. E mellett természetesen az általános hygiene követelményeinek és igyekeznünk eleget tenni.

Ha a betegség már egyszer kifejlődött vagy annak tünetei mutatkoznak, első dolgunk a beteg étrendjének megváltoztatása, illetőleg helyes irányba terelése legyen. Vagyis: csecsemőket, ha csak lehet, emlőre helyezzük s a szoptatást legalább mint részleges táplálást fenntartjuk még akkor is, ha az anyatej mennyisége, vagy minősége nem teljesen megfelelő.

Ha ez nem volna lehetséges, vagy idősebb gyermekeknek friss, forralatlan és csak felmelegített tejjel való táplálásra térünk át. Ha megbízható friss tejet nem tudunk beszerezni, lehetőleg rövidtartamú forralásra szorítkozunk, illetőleg 60–65°-ot meg nem haladó pasteurizáláshoz folyamodunk.

Tejen kívül citrom vagy narancs levét, kevés burgonyapépet, zöld főzeléket, frissen préselt húsleves adhatunk. Baginsky a friss sörélesztőt igen jó eredménnyel használta (naponta 5–6 kávékanálnyi adagokban). Ezen diatetikus kezelés a legtöbb esetben egymaga célhoz vezet.

A stomatitis s foghúsbántalom ellen bekenések citrom- vagy narancsnedvvel ajánlatosak, míg lapiszolás vagy egyéb edzés inkább károsan hat. Csontthártyaalatti vérzések esetén az illető testrész kezelése a lehető legnagyobb nyugalom biztosításában áll; egyes esetekben Priessnitz-borogatások jóknak bizonyultak, ellenben massage, vérelvonó, vagy más műtői beavatkozás a leghatározottabban elítélendő. A gyermek fürösztését ilyenkor elhagyjuk, anélkül, hogy a tisztaságot elhanyagolnánk; gondoskodunk friss levegőről s ha lehet, napos helyre viszzük a beteget. Vas, phosphor, arzén vagy chinakészítmények adagolása, mint azt többen ajánlották, Barlow szerint fölösleges; az üdülési szakban esetleg csukamájolajat adhatunk. Fő azonban mindenesetre az antiscorbutikus étrend, a friss, lehetőleg forralatlan tejnek bőséges élvezete.

A gyógyulás előhaladtával a beteg maga kezdi ismét végtagjait mozgatni s a közeli teljes gyógyulás egyik biztos jelének tekinthető, ha a beteg az addig könnyen elfogyasztott tej mennyiség emésztésére képtelen: A „*besoin scorbutique*”, mint azt egyik szerző mondja, ekkor t. i. már csökkent s így lassanként visszatérhetünk a rendes étrendhez.

Irodalom.

1. Abt: Infantile scurvy, with reports of cases. Arch. of Pediatrics 1898.
2. C. E. Allen: Arch. of Pediatrics 1898.
3. Ausset: La maladie de B. Arch. de Méd. d. Enf. 1899.
4. A. Baginsky: Lehrbuch d. Kinderkrankh. 5. kiadás. Berlin 1896.
5. A. Baginsky: Berl. klin. Wochenschrift 1897.
6. Th. Barlow: On cases described as scurvy rickets which are probably a combination of scurvy and rickets. Medico-chir. Transaction 1883.
7. Th. Barlow: Scurvy in Keating's „Cyclopaedia of the diseases of children”. II. k. Philadelphia 1895.
8. Th. Barlow: Scorbut infantile. „Traité des maladies de l'enfance”. II. k. Paris 1897.
9. Baron: Münch. med. Wochenschrift 1898.
10. Brun et Renault: L'hématome sousperiosté, chez les rachitiques. Presse méd. 1898.
11. Budd: On the cause of scurvy, etc. London 1840.
12. E. Cantley: The Lancet. 1901.
13. Cheadle: Clinical lecture on three cases of scurvy supervening on rickets in young children. Lancet. 1878.

14. Cheadle: Rickets; defectiv diet; development of scurvy; rapid recovery on antiscorbutic diet. Brit. Med. Journal. 1879.
15. Cheadle: Cachexia and scurvy. Lancet. 1882.
16. F. Cima: Un caso di morbo di B. La Pediatría. 1900.
17. Comby: Lait stérilisé et scorbut inf. Semaine méd. 1898.
18. Conitzer: 2 Fälle von B.-scher Krankheit. Münchener med. Wochenschrift. 1894.
19. Corlette: An explanation of the cause of infantile scurvy. Brit. Med. Journal. 1900.
20. F. W. Crandall: Arch. of Pediatrics. 1899.
21. Förster: Fall von acuter Rachitis. Jahrb. f. Kdheilk. 1868.
22. Freudenberg: Ein Fall von B.-scher Krankheit. Archiv für Kdheilk. XIX. k.
23. Fürst: Ueber acute Rachitis. Jahrb. f. Kdheilk. 1882.
24. Fürst: Die B.-sche Krankheit. Archiv f. Kdheilk. 1894.
25. Fürst: Infantiler Scorbut oder hämorrh. Rachitis? Berlin. Klin. Wochenschrift. 1895.
26. S. Gee: On osteal or periosteal cachexia. St. Bartholomew's Hospital Reports. 1881.
27. R. B. Gilbert: Scorbutus infantilis. Arch. of Pediatr. X. k.
28. Griffith, Jennings and Morse: The American Pediatric Society's collect. investigation on inf. scurvy in North-America. Boston Med. and Surg. Journal 1898.
29. Grösz Gyula: Orvosi Hetilap 1902. 9. és 10. sz.
30. Heubner: Ueber d. scorbutartige Erkrankung rachit. Säuglinge. Jahrb. f. Kdheilk. 1892.
31. Hirschsprung: Die Möller'sche Krankheit. Jahrb. für Kinderheilkunde. 1895.
32. A. Hoffmann: Ein Fall von B.-scher Krankheit. Corr.-Blatt d. ärztl. Vereines d. Grossh. Hessen. 1895.
33. Jagerslev: Et Tilfaelde af Skörbug. Hospitalstidende. 1871.
34. G. Jackson, V. Harley: An experimental inquiry into scurvy. Lancet. 1900.
35. H. Jacobsthal: Zur Pathologie d. Knochenerkrankungen bei B.-scher Krankheit. Beiträge zur pathol. Anatomie und allg. Pathologie. 1900.
36. Jalland: Scurvy in a child 10 months old. Medical Times and Gazette. 1873.
37. Kissel: B.-sche Krankheit bei Zwillingen. Sitzungsbericht d. kinderärztl. Gesellschaft in Moskau. Arch. f. Kdheilk. 1901.
38. Klein: Neuere Arbeiten über B.-sche Krankheit. Centralblatt f. allg. Pathol. u. path. Anatomie. 1897.
39. A. Köppen: Zur Möller- B.-schen Krankheit. Jahrbuch für Kdheilk. 1897.
40. Lasègue et Legroux: L'épidémie de scorbut dans les prisons de la Seine. Arch. gén. de médecine 1871.
41. Lind: A treatise of scurvy. Edinburgh 1753.
42. Love: Scorbutus in infancy. Journ. of Amer. Med. Association 1895.
43. Marsh: Infantile scurvy in surgical practice. British Med. Journal 1894.
44. Mather: Case of supposed scurvy in a nursing child. New-York Med. Journal 1873.
45. Ad. H. Meyer: B.'s Krankheit. Kopenhagen 1901. (Ref. Jahrb. für Kdheilk. 54. k.)
46. Elm. Meyer: Über B.-sche Krankheit. Arch. f. Kdheilk. XX. k.
47. Moeller: Bericht ü. d. med. Poliklinik zu Königsberg. Königsb. med. Jahrbücher 1856.
48. Moeller: Zwei Fälle von acuter Rachitis. Ibidem 1862.
49. Moizard: Maladie de B. Journal de méd. et de chir. prat. 1897.
50. J. Lovitt Morse: Infantile scorbutus. Boston med. and surg. Journal 1901.
51. Naef: Ein Fall von B. Krankheit. Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte 1896.
52. O. Naegeli: Ein Fall v. B.-scher Krankheit m. letalem Ausgange. Ibidem 1897.
53. O. Naegeli jun.: Zur path. Anatomie u. z. Wesen des Morbus B. Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. 1897.
54. Netter: Le scorbut infantile. Semaine méd. 1899.
55. Netter: Gazette des hôpitaux 1898.
56. H. Neumann: Bemerkungen zur B.-schen Krankheit. Deutsche med. Wochenschrift 1902.
57. Orbán: A B.-kórrol. Magyar Orvosok Lapja 1902. 12. sz.
58. Poupert: Étranges effets du scorbut arrivés à Paris en 1699. Histoire de l'Acad. royale d. sciences 1699.
59. Pritchard: The Lancet 1900.
60. Rehn: Scorbut. Verhandl. d. X. intern. Congr. in Berlin, 1891.
61. Rieth: Berl. klin. Wochenschrift. 1896.
62. Schmoll: Z. path. Anatomie d. Knochenveränderungen bei Morb. Berl.-i. Festschrift d. Stadtkrankenhauses zu Dresden. 1899.
63. J. Schoedel u. C. Nauwerck: Untersuchungen über d. Möller B.-sche Krankheit. Jena, G. Fischer.
64. Smith: Haemorrh. periostitis of the shafts of several of the long bones with separation of the epiphyses. Transactions of the Path. Society. XXVII. k.
65. Southgate: Case of scurvy in a breastfed infant. Arch. of Pediatrics 1893.
66. Stark: Z. Casuistik d. B.-schen Krankheit. Jahrb. f. Kdheilk. 37. k.
67. v. Stark: Über Scorbut infant. Berl. klin. Wochenschr. 1901.

68. v. Stark: Ein weiterer Fall von B-scher Krankheit. Jahrb. f. Kdheilk. 38 k.

69. A. Steffen: Über Purpura. Jahrb. f. Kdheilk. 37. k.

70. Zuppinger: Über B-sche Krankheit. Wiener klin. Wochenschrift 1898.

71. Netter: Scorbut infantile et lait stérilisé, etc. Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris. 1902. oct.

Könyvismertetés.

Annales médicales de l'hôpital „Hamidié“. 3-ème année. Constantinople, 1902.

Diszes kiállításban, vaskos kötetben jelent meg a konstantinápolyi „Hamidié“-gyermekkorház harmadik évi jelentése, az előző kiadásoktól eltérőleg, francia és török nyelven. A kórház, melyet a szultán, a berlin-reinickendorfi „Kaiser und Kaiserin Friedrich“ gyermekkorház tervei alapján, saját költségén építtetett, Európa többi hasonló intézetével minden tekintetben kiállja a versenyt. Fekvése igen kedvező: Konstantinápoly északi szélén, a Sihli-domb oldalán, 22,000 m² kert közepette emelkedik a 12 épületből álló kórház. A főépület a dúsan felszerelt orvosi könyvtár, a kórházi gyógyszerterázt, az ügyeletes orvos szobáját s az orvosok lakószobáit foglalja magában. A mellette fekvő két oldalsó épületben a vegyi, gőrsövi és bakteriologiai laboratorium, illetve a bőrbeteggek osztálya és az ápoló testvérek lakóhelyisége van elhelyezve. A főépület mögött két sorban a pavillonok következnek, 1 1/2 m. magas, nyitott pinceszehellyel. Az egyemeletes rendelőépületben a várótermeket, a bejáró betegek gyógyszerterázt, s a szemészeti, belgyógyászati, nő- és ideggyógyászati, sebész, gége- és fülbeteg rendelőhelyiséget (összesen öt) találjuk. A bejáró betegeket mindjárt belépésükkor vizsgálja meg az ügyeletes orvos, nincs-e ragályos betegségük, mely esetben vagy az e célból épült két kis barack egyikében rendel nekik, vagy közvetlenül a megfelelő pavillonba szállítják őket. A fertőző betegek száma, a közölt kimutatások alapján, különben is igen csekélynek látszik.

Az épületek berendezése igen fényes és czélszerűség valamint tisztaság tekintetében a legkényesebb igényeknek is megfelel. Ennek folytán a halálozás is igen kicsiny: 4%! A halálesetek nagyobb számát itt is a gümőkóros megbetegedések adják. A kórház forgalma 1899. május végétől 1902. február végéig 2108 fekvő és 45,000 bejáró (15,000 gyermek, 30,000 nő) beteg volt. Az igen bő statisztikai táblázatokból az egyes betegségek gyakorisága felől, sajnos, bajos tájékozódni.

Az orvosi szolgálatot Ibrahim Bey igazgatása alatt nyolcz orvos látja el; ezenkívül az ambulans betegek kezelésében 11 bejáró orvos (többnyire specialista) vesz részt. A betegápolás öt német diakonissa feladata. Az orvosok mind a konstantinápolyi egyetemen szereztek oklevelüket, további kiképzetésüket külföldi, főleg német egyetemeken nyerték és tudásukról az évi jelentésben foglalt érdekes, többnyire casuistikus, közleményeikkel tesznek tanúságot. Vendégeikül Escherich, Baginsky és Wassermann is szerepelnek e kötet lapjain a gyermekkori gümőkór elleni véd. kezelésről, a gyermekkori tüdőlob kezeléséről, illetve a járványok meggátlásáról írott értékes cikkeikkel.

Az egész mű, melyet vagy 25, a kórház különböző részeit és személyzetét ábrázoló, jól sikerült kép ékesít, élénken mutatja azon iparkodást, melylyel Törökország a nyugat orvosi műveltségét elsajátítani törekszik.

Schatz dr.

Lehrbuch der Kinderkrankheiten auf Grund des Lehrbuches von A. Vogel bearbeitet von Prof. Biedert und Doc. Fischl 1902.

A német nagy tankönyvirodalom egy újabb, helyesebben mondva megújított terméke jelent meg legújabbban a könyvpiacon. Eredetileg Vogel munkája volt; az első kiadás 1860-ban látott napvilágot. A kilenczedik kiadás átdolgozásához 1887-ben Biedert állott be társszerzőnek. Most pedig, mikor a munka már 12-dik kiadását érte meg, az időközben egyedül maradt és a sok érdemes munkában már kifáradt Biedert a fiatalabb német orvos-tanárvilág egyik nagyszorgalmú és széles látókörű képviselőjét Fischl Rudolf prágai egyetemi docent kért fel munkatársnak. Régi tradíciókat őriz meg hiven, ezen aránylag kis terjedelemben összeszerített, nagy munka. A beosztásban megtartotta a megbetegedett szervek szerinti felosztást és ezért a diphtheria, a torok-megbetegedések, a croup a gége betegségeiről szóló rész fejezetei közé sorakozik; oda került az influenza és a pertussis is. A typhus, dysenteria, cholera a bélhuzam megbetegedései között lelhető fel, a küteges heveny fertőző kórok a bőr betegségei között. Ezen túlél rendszer sokat árt a könnyű könnyű használhatóságának. Természetes dolog, hogy a többszörös átdolgozás a váltakozó munkatársak egyénisége az egyes fejezetekben különbözőképen érvényesül. Biedert stílusának farsztó nehézsége miatt az általa írt fejezetek aránylag nehezebben olvashatók. Viszont azonban a gyermekhygiene és csecsemőtáplálás nagyérdemű előharcosa itt is érdemlegesen kifejtette a szakirodalomban jól ismert egyéni nézeteit. Fischl theoretikus nagy képzettsége és széles látóköre jól visszatükröződik azon fejezetekből, melyeket az ő kézzjével jegyzett meg.

A szerzők a gyermekbetegségek keretében legnagyobb részletességgel foglalkoznak minden detail-kérdéssel. Arra törekedtek, hogy az újabb gyermekgyógyászati irodalom adatait lehetőleg feldolgozzák. Ennek a révén inkább egy szűk terjedelemben összeszerített, könnyen kezelhető nagy gyűjtőmunkának és nem tankönyvnek tekintjük az ide s tova felszázados multira visszatekintő érdemes régi gyermekgyógyászat legújabb kiadását.

Torday Ferenc dr.

Lapszemle.

Paul Moser. Über die Behandlung des Scharlachs mit einem Scharlach-Streptokokkenserum. (Jahrb. f. Kinderh. 1903.)

A bakteriologusok és klinikusok egy részének nézete szerint a streptococcusoknak a vörheny kórtanában csak másodlagos szerep jut, mások ellenben aetiologikus fontosságot tulajdonítanak nekik. Szerző e kérdés tisztázása céljából 99 vörhenyben elhalt egyén szívvérét vizsgálta meg s ebből 63 esetben streptococcusokat tenyésztett ki, úgyszintén 2 vörhenybeteg cerebrospinalis folyadékából jelenléttüket sikerrel mutatta ki. Vizsgálatainak ezen eredménye szorított arra indították, hogy kóroki összefüggést vegyen fel s miután egyrészt a coccusok átviteléhez eddigi ismereteink alapján kísérleti állatunk nincs s az emberekre való átvitel lehetősége kísérleti célból nem engedhető meg, aetiologikus fontosságukat a therapia terén igyekezett bobizonyítani.

A kisebb állatokra nem pathogen hatású streptococcus-fajok lovakra oltva hőemelkedés s helybeli beszűrődések fellépését eredményezték s ez alapon lovakat igyekezett systematikusan immunizálni vérből származó, nem gyengített több cultura keverékének beoltása által. Pallauf tanár intézetében 1900 óta egy lovat, majd 1902 eleje óta még egy másikat élő cultura keverékének növekedő adagaival hetenként beoltott s az ily módon hónapokon át kezelt lovak vérből serumot állított elő carbololdat hozzáadásával nélkül. Ezen serum 1900 novembere óta vörhenybetegknél gyógykísérleti célból jutott alkalmazásba.

A bécsi szent Anna-gyermekkorház anyagából 699 vörhenybeteg közül 81 súlyosabban megbetegedett gyermeket választott ki s ezeken kívül 3 kórházon kívüli betegnél kísérlette meg a serumot. Az esetek közül a befecskendés előtt 5 könnyűnek s 16 középsúlyosnak mutatkozott, míg kétes prognoszt nyújtott 29 súlyos eset, letalítást pedig 34 eset. A prognoszt a subjectív és objectív tünetek mérlegelésével a kor, családi dispositió, kütég minősége (cyanosis, icterus), idegrendszer zavarai, túlmagas láz s egyéb toxikus, vagy septikus tünetek tekintetbe vételével állapította meg. A gyógyeredményre nézve fontossággal bírt, hogy a serum befecskendezése a megbetegedés hányadik napján történt, mert míg a megbetegedés első s második napján serummal kezelt 17 beteg közül egyet sem vesztett el, addig a harmadik napon oltott 17 beteg közül 2 halt meg, a 4-dik napon oltott 18 eset közül 3, az 5-dik napon oltott 19 eset közül 6, a 7-dik napon oltott 3 beteg közül 1, a 8-dik napon beoltott 5 eset közül 2 s a 9-dik napon beoltott 4 egyén közül 2 halt el, míg egy, a betegség fellépésének 10-dik napján oltott beteg meggyógyult.

Ezek szerint a halálozási százalék a két első napon = 0, a 3-dik napon 14.29%, a 4-diken 23.08%, a megbetegedés 5-dik napján 40%, a 7-dik napon 33.33%, a 8-dik és 9-dik napon 50%.

Az elhasznált serum egyszeri adagja 30 és 180 köbcentimeter közt váltakozott s utóbb súlyos esetekben rendszeren 180 cm³ képezte a kezdeti adagot; úgy látszik, hogy előnyösebb volt a lehetőleg korán alkalmazott nagy adag beoltása, mint ismételt kisebb mennyiségek beoltása. Szerző azt hiszi, hogy ennek még halálosan végződött esetekben is megvolt az életet meghosszabbító hatása. A kísérletek későbbi szakában a kórházban kizárólag a súlyos prognoszt nyújtó eseteket kezelték vérsavóval, míg a könnyű lefolyásúnak ígérkező betegeket esetleg más kórházakba utasították, dacára ennek, a mortalitás a szent Anna-kórházban 1901-ben 8.95%-ra szállt alá, míg Bécs többi öt kórházában 1901-ben a halálozás 13.09%- volt.

A statistikánál fontosabb a serum hatásos voltának megítélésére a klinikus észlelése igen szembetűnő volt a beteg közérzetének gyors és kedvező megváltozása, mely sokszor már 24 órán belül mutatkozott. A kütég vagy nem fejlődött ki teljesen, vagy gyorsabban tűnt el, úgyszintén a gyakran észlelt icterus is. Torokbeli folyamattal nem szövődött esetekben szembetűnő volt s igen bizonyító értékű a hőnek gyors leesése, melylyel a pulsus számának csökkenése, a szívgyengeség s idegrendszer részéről mutatózó zavarok aránylag gyors tűnése járt együtt. A légzési típus zavarai, melyek intoxicációs esetekben gyakoriak, úgy viselkedtek, mint a hő s a pulsus. A gyógsavó korai alkalmazásánál a torokbeli necrosis nem ért el oly súlyos fokot, mint azelőtt. A nephritis fellépése úgy látszott, valamivel ritkább. Pyaemia meggátlására genyegőczok (mirigyduzzanatok, otitis) korai sebészeti kezelése jutott alkalmazásba. A halálozások egy része complicatiók által volt feltételezve.

Praeventiv serumoltást 39 esetben végeztek, ezek közül 4 beteg-dett meg enyhébb fokban.

Azon kérdést, hogy a normális lósavó beoltásával vagy Marmorek-serum alkalmazásával nem értek volna-e el hasonló hatást, kísérleti úton tagadólóg döntötte el. Kellemetlen mellékhatás gyanánt aránylag gyakran láttak serum-kütéget, máló mirigyduzzanatokat s izületi affec-tiókat, de ezek a beteg vitális érdeke mellett elenyésző fontosságúak.

A scarlatina-streptococcusok más megbetegedéseknél, pl. orbáncznál phlegmonénál található streptococcusoktól különböznek, így pl. kísérleti állatokra nézve nem is pathogenek vagy csak nagy mennyiségben beoltva és másképp lesznek agglutinálva a vörhenysavó által. Ezen okok-nál fogva a streptococcusoknak a vörheny kórtanában fontosság tulajdonítandó s nagyobb terjedelmű kísérletek lesznek hivatva a serum hatását bobizonyítani.

Lordnd dr.

E. Hagenbach-Burckhardt. A Barlow-féle kór Svájcban. Szerző rövid történeti bevezetést ad a Barlow-féle kórról. Möller 1859-ben Königsberghben írta le először e kórképet; majd részletesebben 1883-ban Barlow, 1889-ben Northrup az első amerikai esetet közli. Amerika, Anglia és Északnémetországban gyakoribb mint Franciaországban, Ausztriában és Délnémetországban. H. szerint nem áll Siebert azon állítása, hogy a Barlow-kór Elsass-Lothringiában és Svájcban egy-általában nem fordul elő. H. Svájcban két között esetet sorol fel,

bár valószínű, hogy több eset is észleltetett, melyek mint akut rachitis, haemorrhagikus diathesis, vagy scorbut gyanánt lettek közölve. Az első esetet a hét közül Naf közölte Zürichben a „Correspondenzblatt“-ban 1896-ban. A másodikat O. Nägeli Ermatingenben. A harmadikat Seitz Zürichben 1898-ban. Ugyanez évben Stöos még négy esetről ad számot.

H. a baseli gyermekórházban 1902. év nyarán észlelt egy esetet ír le jelen cikkében. Mely esetben a mesterségesen táplált 11 hónapos gyermeknél véres székletek, majd a bal csoncsont duzzanata jelentkezett. A táplálék a kórházban megváltoztatva a következő volt: főleg bouillon-tojássárgával, burgonyapépék és teljes tej nem sterilizálva. Az eset három hónapi kezelés után gyógyult.

H. ezután röviden vázolja a Barlow-féle betegséget. Szerinte főleg az első életév végén és a második elején jelentkezik, előszeretettel rachitikus gyermekeknél. Vérzések vannak a szájból, suffusiók az orbita táján, vérzések a femur periosteuma alá; haematuria. A betegség lázzal jár, a kimenetel gyakran kedvezőtlen. H. felveti a kérdést, hogy a beteg nem-e infantilis scorbut, mint azt Barlow vallja. Mi oka a láznak? és mi összefüggésben van a rachitissal? Valószínű, hogy az epiphysis vonalban levő rachitikus csontelváltozások kedvezők haemorrhagikus insultusokra. A láz okát Neumann chronikus intoxicatióban keresi, melyet a tej túlmagasra forralása után a benne képződött anyagok okoznak.

A Barlow-kór aetiologiájában a mesterséges táplálás, sokáig forralt tej szerepelnek, bár ez nem magyarázza meg a különböző geographikus megoszlást, így épen Svájcban — hol ritkább a betegség — sok helyen a sterilizált berni alpesi tejet túllelkesmeretességből még egyszer felforrallják. Az aetiológia ily szempontból tehát még tisztázásra szorul. (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. 1902. Nr. 24.)

Perényi Vilmos dr.

Az infantilis scorbut-ról vitatkoztak a párisi gyermekorvos-társulat decemberi ülésén. Variot hosszas érvelésekkel bizonyítja azt, hogy a scorbut igen ritka betegség Franciaország csecsemői között: nyolcz év alatt összesen csak 24 esetet észlelt. Azt tartja, hogy nincs oki összefüggés a betegség és a gyárilag, vagy otthon sterilizált tej használata között. Úgy véli, hogy ezen betegséget a különböző gyermek-tej-készítmények hosszas vagy kizárólagos használata okozza, legtöbbször azonban a különböző tápláltszékkel és egyéb hozzávételével készült gyermeklevesek a betegség okozói. A tej sterilizálása felfőzés után mindenképen a legjobb eljárás ahhoz, hogy megakadályozzuk a tej megsavanyodását, hogy elpusztítsuk a beleje került kártékony kórsírokat és hogy megelőzzük és meggyógyítsuk a csecsemők gyomor bélhuzam-bántalmait.

Comby szerint is az infantilis scorbut és a rachitis két különálló, de sokszor egymással társult kórkép. A rachitist bármely helytelen táplálkozási mód okozhatja, míg a másikat tápszerkészítmények használata okozza. Nemcsak a klinikai lefolyás és a symptomatológia igazolja ezen megkülönböztetést, hanem az antiscorbutikus diéta gyors sikere is. Lehetséges dolog az, hogy a sterilizált tej élvezete ritka esetekben scorbutot okoz, de ez nem kisebbíti azon jótékony nagy szerep jelentőségét, melyet a tejsterilizálás a mesterséges gyermek-táplálás terén betölt. Csak a gyermek-tej-készítmények és egyéb gyermek-tápszerek azok, melyektől óvakodni kell.

Tekintve azt, hogy Franciaországban oly végtelenül sok gyermeket egyszerű sterilizált tejjel táplálnak és ezek közül csak ily kis számú esetben fejlődött Barlow-kór, ezért Moizard csatlakozik Morfan álláspontjához, hogy a jól sterilizált és a gyorsan elfogyasztott sterilizált tej nem okoz Barlow-kórt.

Netter ezzel szemben fentartja régi álláspontját, hogy a magas hőmérséknel sterilizálása a tejnek aránylag gyakran okoz scorbutot és ezért a sterilizálás helyett a pasteurizálást ajánlja. (Bulletins de la société de pédiatrie 1902. 9.)

Torday Ferencz dr.

VEGYESEK.

— Mint sajnálattal értesülünk, érdemekben gazdag kartársunk, Biedert tanár egészségi okokból visszalép a Hagenau-i Bürgerspital vezetésétől.

— Raczyński magántanár rendkívüli tanárrá nevezetett ki a krakói egyetemen. A jeles szaktárs ezen jól megérdemelt kitüntetéséhez szívből gratulálunk.

— Escherich tanár utódává a gráci egyetemen, ismert nevű fiatal szaktársunk, Pfäundler dr. magántanár nevezetett ki, rendkívüli tanári minőségben.

— A stuttgarti Olga-gyermekórház belgyógyászati osztályának főorvosává Fischer M. dr. nevezetett ki.

— Fr. A. Packard az Egyesült-Államok gyermekorvosainak egyik jelese elhunyt Philadelphiában 42 éves korában. Elnöke volt a philadelphiai „Pathological and Pediatric Society“-nek s tagja volt az „American Pediatric Society“ tanácsának.

— A párisi gyermekorvostársaság tisztikara 1903-ban következőleg alakult meg: Elnök: Hutinel; alelnök: Moizard; főtitkár: Guinon; ülési titkárok: P. Bezançon és Tollemer; pénztárnok: Nobécourt.

— Schabanova Anna jeles orvosnőnek, a Rauchfuss tanár vezetésével álló szt.-pétervári Oldenburg-gyermekórház rendelő orvosának február hó 21-dikén ünnepelték negyedszázados évfordulóját azon áldásos működésének, melyet kifejtett mint a „Société féminine de secours mutuel à St. Pétersbourg“ érdemes elnöke.

— Az olasz közoktatási miniszter Rocco Jema magántanárt bízta meg a génuai egyetemen a gyermekgyógyászat tanításával.

— Vitalo Tedeschi-t nyilvános rendkívüli tanárrá nevezték ki a páduai egyetemen, és megbízták a gyermek-klinika vezetésével.

— A milánói községi tanács az ottani fertőző kórház igazgató-főorvosi állására Camillo Terni tanárt hívta meg Messinából.

— Milanóban egy új gyermekórház építését határozták el, s az építkezést még ez év tavaszán kezdik meg.

— Dante Cervesato, a bolognai egyetemen a gyermekgyógyászat rendes tanára, meghalt 51 éves korában. Az elhunyt egyike volt Olasz-hon legjelesebb s legszorgalmasabb paediatráinak. Haláláról a „Rivista di clinica pediatrica“ mélyen megható sorokban emlékezik meg, Mya és Concetti tanárok aláírásával.

— A „Rivista di clinica pediatrica“ ez évi első számában tanulságos áttekintést ad a gyermekgyógyászat tanításáról az olasz egyetemeken. Olaszországban a gyermekgyógyászatot hivatalosan csak negyedszázad óta tanítják. Jelenleg öt egyetemen van gyermekklinika; három helyen van rendes tanár (Nápoly, Florenz, Bologna), két helyen pedig rendkívüli tanár (Róma és Pádua). A többi egyetemen magántanár van alkalmazva (Génua, Parma, Catania, Turin, Palermo).

— Csecsemő-kórházak felállításának sürgős szükségességéről értekezett Weisz Sigfried dr. a bécsi orvoscollegiumban, Ausztriában a gyermekórházakban ugyanis a beteglétszám alig 7%-át teszik ki az ott ápolt csecsemők. Utalt a Németországban több helyütt, így Berlinben, Drezdában, Heidelbergben, Strassburgban és egyebütt felállított csecsemő-kórházakra, melyek áldásos működése máris nagy szerepet játszik a gyermekhalandósági viszonyok megjavításában.

— A bécsi állami gyógyszerjavítóintézet mintegy 4%-kal olcsóbbá tette az általa gyártott diphtheria-gyógysavó árát. Az I-es számú 700 egységű serum ára 1 korona 80 fillér, az 1000 egységű II-es számú 2 korona 60 fillér, és az 1500 egységű III-as számú pedig 4 korona. Ugyanilyen arányban olcsóbb lett az erősebb koncentrációjú — hochwerthig — serum is.

— Magyarország közegészségügyi viszonyai az 1901-ik évben jóval jobbakk voltak, mint az előző években. Számokban kifejezhető eredmény gyanánt elég megemlíteni azt, hogy míg a halálozás 1891—1900-ig ezer lakosra átlag 29.8 volt, 1901-ben ez az arányszám már 25.1-re esett. A halálozások általános számának apadását legnagyobb mértékben a gyermekhalálozások nagymértékű csökkenésének köszönhetjük. Míg az 5 éven aldi korban elhaltak száma az 1891—95. évek átlagában még 257,254-et tett ki, az összes halálozások 52.2 százalékat, addig 1901-ben már csak 226,182 öt éven aldi halottunk volt, az összes halálozások 46 százaléka. Jelenleg tehát több mint 70 ezer gyermekkel kevesebb hal el, mint 10 évvel ezelőtt. A halálokok között még mindig jelentékeny számmal szerepelnek a fertőző betegségek: a vörheny 11,486 halálesettel, a ronszó toroklob 9,227, a kanyaró 7,983, a szamarhurut 7,028, a gyermekkori giümőkór 6,941, a gyermekek hasmenése (?) 4,836 halálesettel. E felsorolt fertőző betegségek közül csupán a vörhenynél és kanyarónál mutatkozik emelkedés, a többi fertőző betegségek többé-kevésbé vesztettek pusztító erejükből.

— Budapest gyermekhalandósága 1901-ben. A székesfővárosi statisztikai hivatal legújabb jelentéséből örömmel értesülünk arról, hogy az 1901. év halandósága a főváros fennállása óta a legkisebb. Az átlagos halandóság lesoványításához kivétel nélkül hozzájárult minden korosztály. Legnagyobb a kedvező különbség a csecsemőknek köréből, hol a halandóság a lefolyt negyedszázadhoz képest az akkori állapotnak csak 4/10 részét teszi. A 0—1 éves kor halálozási coefficiente 1876—1880-ban 425.3 volt, 1901-ben pedig 186.5-et tett ki. 1876-ban a 0—5 éves halottak az összes halottak 51.8%-ának, 1901-ben pedig csak 37.4%-ának feleltek meg. A külföldi nagyvárosok sorában is fővárosunkban a 0—1 éves gyermekeknek a születés ehhez arányított halálozási aránya eléggé kedvezőnek mondható. Az ugrás itt úgy a régi állapothoz, valamint Berlin és Bécs állapotához viszonyítva oly meglepő, hogy tért enged annak a gyanúnak, vajjon ezen viszonylásokban nem lappang-e valami tévedés. Legközelebb állana arra gondolni, hogy nálunk az utóbbi években sokkal több csecsemőt adnak ápolásba, minek következtében Budapest halandóság statisztikájából nagyobb számmal maradnak el oly idevaló csecsemők, kik a vidéken haltak el.

*

— Új könyvek. H. D. Chapin. Theory and practice of infant feeding. London. — A. Sicard. Le liquide céphalo-rachidien. Paris. 1902. — R. Nogué. Formulaire spécial de thérapeutique infantile. Paris. — A. Muggia. Nutrice e lattante. Turin. 1903. — Th. Goerges. Das Kind im ersten Lebensjahr. Berlin.

*

— Új dissertációk és thèse-k. J. Thomas-Latour. Cinq années du service des diarrhées d'été à la clinique infantile de la Faculté Toulouse. Toulouse. 1902. — Mme. Kowatscheff. Les paralysies chez l'enfant. Toulouse. 1902. — P. Lierre. Traitement de l'incertitude nocturne de l'urine chez l'enfant. Toulouse. 1902. — A. Cheynès. La protection de l'enfant à Toulouse. 1902. — L. Esparbès. Le logement de l'enfant pauvre à Toulouse. Toulouse. 1902. — J. Lemonnyer. Contribution à l'étude de l'asthme chez les enfants. Paris. 1902. — A. Sébton. La perforation intestinale dans la fièvre typhoïde des enfants. Paris. 1902. — J. A. Videla. Contribucion al estudio del mixoedema congénito. Buenos-Aires. 1902. — H. Hagedorn. Über einen Fall von Landry-scher Paralyse nach Keuchhusten. Berlin. 1902. — A. Riber. Scharlach und Schule. Strassburg. 1901. — K. Neu. Complicationen bei Masern. Strassburg. 1901. — A. Herrman. Über Kopfschmerzen bei Schulkindern und ihre Beeinflussung durch suggestive Behandlung. Breslau. 1902. — Th. Maus. Über Darmtuberculose im Kindesalter. Freiburg. 1901.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi kórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Ráskai Dezső: A bakteriuria. 149. l.

Manninger Vilmos: Közlemény Kocher tanár berni sebészeti klinikájáról. A coxitis tuberculosa műtéti kezelése. 151. l.

Wohl M.: Közlemény a Ferencz József kereskedelmi kórház ambulans rendeléséből. Ruptura vesicæ urinariæ incompleta, a cavum Retzii következményes sejt-szövet lobja. 153. l.

Tárca. Markusovszky-féle egyetemi jubiláris előadások. 155. l. — Csiky János: Levél Németországból. Benyomások egy budapesti orvosi tudósító Berlinben megjelent levelére. 155. l. — Marschalkó Tamás: A dermatologia helyzete az egyetemi oktatásnál a gyakorlati orvos-képzés szempontjából. 156. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Nagy Pál: A hasi hagymáz gyógykezeléséről. 158. l. — Könyvismertetés. J. A. Sicard: Le liquide céphalo-rachidien. (Kollarits Jenő.) — E. Lang's Therapeutik für Venerische und Haut-krankhe. (Póór.) — Lapszemle. Gyógyszertan. Noorden: Néhány új chinin-készítményről. — Sebészet. Payer: Angioma cavernosum. (Gergő Imre.) — Hilger és Van der Briele: Az amputatio utáni utóérzésekről. (Török.) —

Eichholtz: Kísérleti vizsgálatok a hám metaplasziájáról. (Zimmermann.) — Kisebbségi közlemények az orvostudományról. Weigl: Számárhurut esetekben dionin. — André: Gümőkóros hólyaglob. — Folyóiratok átnézete. 159. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmazások és ösztöndíjak. — Okleveleket bemutatták. — Korányi Frigyes. — Téry Ödön. — Grósz Emil. — Bródy Adél-kórház. — Mayland Henrik. — Külföldi személyi hírek. — A XIV-dik nemzetközi orvosi congressus Madridban. — Internationalis dermatologiai congressus. — A budapesti orvosok szövetsége. — A belügy-minister jelentése. — A „Zemplénvármegyei orvos-gyógyászati segélyező egyesület”. — A német közegészségügyi társulat. — A tisztiorvosi vizsgák. — A marillai sanatorium. — Gyógyszerárú-üzletek engedélyezése. — Gyógyvizzelleg adományozása. — A tüdővéstől való óvakodásról. — A budapesti Pasteur-intézet 1901-dik évi működése. — A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület. — Fűdőink személyforgalma. — Megjelent. 160–161. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Közkórházi orvostársulat. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — Személyvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A bakteriuria.

Írta: Ráskai Dezső dr. műtőorvos.*

A bakteriuria elnevezését azon kóralakra alkalmazzuk, a melynél a betegek bakteriumokkal telt vizeletet ürítenek a nélkül, hogy húgyszerveikben bármely, ez idő szerinti vizsgálati módszereinkkel kimutatható megbetegedést találjanak.

E kórképet és e kórkép megismerésével járó, kórtanilag igen érdekes kérdést, majdnem teljesen mai formájában már Roberts¹ 1881-ben vetette fel, első eseteinek közlésével. Ennek daczára esetei ma már a bakteriuria típusának nem tekinthetők.

Barlow² és Goldenberg³ szerint ez esetek közelebbi vizsgálatnál cystitisnek vagy pyelitisnek bizonyulnak. Ez okból vonják nevezett szerzők Roberts prioritását kétségbe.

Roberts maga eseteit a cystitis előfokának tekintette, valamennyi esetében tudniillik geny találtatott, a klinikai leírás is a húgyutak lobja mellett szólt és hogy Roberts eseteit mégsem tartotta cystitiseknek, az arra vezethető vissza, hogy az iskola akkori felfogása szerint cystitisnél a vizelet bomlott (ammoniakalis).

A savanyú cystitis ismerete sokkal újabb keletű, daczára annak, hogy a savi vegyhatás sokkal gyakoribb, mint az ammoniakalis.

Roberts leírt eseteiben a vizelet a kiürítés pillanatában bakteriumtartalmú volt. A vizelet opalescáló, a bomlás mintegy kezdetét mutatja, rendkívül kellemetlen szagú, e szag rothadt halakra emlékeztet. Vegyhatás savi és ammoniakalis bomlásra semmi hajlandóságot sem mutat.

* Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztályának 1902. december 1-jén tartott ülésén.

Ugyanezen évben megjelent dolgozatában, a kórképpel bővebben foglalkozva, első közleményével ellentétben, eseteit négy csoportba osztályozza:

1. Bakteriuria vizeletbomlással
2. „ a vizelet ammoniakalis bomlásával
3. „ „ bomlása nélkül
4. „ filamentosus vizelettel és annak bomlásával.

Roberts ehhez még hozzácsatolja, hogy a vizelet górcsővi vizsgálata azt bizonyítja, hogy sok mozgékony bakteriumból áll és hogy üllepítve sem nyeri vissza átlátszóságát. A vizelet ezen megváltozása tünetek által egyáltalán nem kísért, ha csak annak nem mondjuk az ivarszerveken néha fellépő kis viszketést és a kissé gyakoribb vizelési ingert. Roberts megfigyelésének eredménye, hogy a vizelet tömördek bakteriumot tartalmaz, a közérzet megváltozása és a cystitis tünetei nélkül. A bakteriuria okozója a bakterium termo volt.

Barlow Roberts csak három esetére véli a bakteriuria elnevezését alkalmazhatónak. Szerinte azonban fésztelentül alkalmazható azon esetekre, a melyek az 50-es években vizelet sarcomák elnevezése alatt közöltettek és a melyeket Kruse egy dissertatiojában összeállított.

1882-ben Salkowski és Leube⁴ egy közleményükben egyebek között egy betegről tesznek említést, kinél bakteriumtartalmú vizelet volt, a beteg nephritisben szenvedett és uraemiában halt meg. Kruse⁵ 1885-ben dissertatiót írt e tárgyról és ebben egy saját észleletéről is tesz említést. Hurtge 1886-ban megjelent közleményében hiányos megfigyelés alapján egy nöbetegéről tesz említést, ki diabeteze mellett bakteriuriában is szenvedett.

Valódi bakteriuria esetet exact megfigyelés alapján közöltek 1886-ban Schottelius és Reinhold⁶. Szív-bajos ember, általános vizenyővel, a betegnek soha gonorrhoeája nem volt, a cystitisnek és pyelitisnek minden tünete nélkül, a katheterismus által kiürített vizeletben véletlenül tömördek bakteriumot fedeztek fel. A

vizelet zavaros, savi vegyhatású. Az állapot négy hónapig tartott, majd megszűnve egy hónap múlva újra ismétlődött. A vizeletből kis, ötszörte hosszabb mint vastag bakteriumot mutattak ki. Házinyulakba oltva azok vizelete bakteriumtartalmú lesz, a nélkül, hogy a nyulak megbetegednének. 1888-ban jelent meg Ultzmannak^{7, 8} posthumus munkája (Brick). Ultzmann a legtöbb esetben rothadási bakteriumokat talált. A bakteriumok a belekből származnak, a hol gazdagon burjánzanak. Utjuk: a prostatitis által létrejött összeköttetés a végbél és hólyag között. Alkalmi ok lehet a mocsárláz is. Észlelése szerint létrejöhet hullák boncsolása által rosszul szellőztetett helyiségekben, hol a levegő közvetítésével jönnek a bakteriumok oly emberek húgyszerveibe, kik még sohasem sondáztattak.

Runeberg⁹ 1891-ben közölt a finlandi orvostársulatban egy bakteriuria esetet, ugyanazon évben Melchior cystitis és húgy-infectio című dolgozatában az eddigiekhez egy újabb bakteriuria esetet esatolt.

1891-ben Finlayson¹⁰ megfigyelése jelent meg. Nevezett szerző betegét először 1876-ban, azután ismételtén és utoljára 1891-ben látta.

Mindig halvány sarcinák a vizeletben. Ugyancsak sarcinák Middleton egy betegénél, a ki bulbaer paralysisben halt meg. Mint sarcina-eset felemlíthető Löwenhardt¹¹ megfigyelése, ki közönséges táptalajon nem tenyésztő sarcinákat talált. (Egészen izolált eset Küssneré¹², ki 1876-ban leptothrix burjánzást irt le, diabetesben szenvedő betegnél.)

Melchior munkájával egyidőben jelent meg (1891-ben) Ali Krogius^{13, 14} monographiája, a melyben szorosabban határozza meg a megbetegedés differentialis jellegét és pathogenesist, következőket mondva munkájának bevezetésében: „A bakteriuria vagyis az, a mit én ezen név alatt értek, jellemeztetik a bakteriumoknak tömeges jelenléte által a frissen boesátott vizeletben, a húgyutaknak minden megbetegedése nélkül.” Kizárja azon eseteket, a melyekben a bakteriumok jelenléte első jelét képezi valamely infectious nephritisnek vagy egy általános megbetegedés kifejlődésének. Tanulmányának a már ismert 8 eseten kívül 7 újabb megfigyelés képezte alapját és említést tesz Thor Stenbeck¹⁵ egy esetéről, a melyben a vizelet úgy nézett ki, „mint a bakteriumoknak valamely tiszta bouillon kulturája.”

A boncsolás azt mutatta, hogy sem cystitis, sem nephritis nem volt.

Melchior¹⁶ és Goldberg¹⁷ kevéssel ezután egy újabb bakteriuria esetet közöltek.

1896-ban Hogge¹⁸ 8 újabb megfigyelés alapján foglalkozik bővebben e bántalom lényegével.

Ugyanezen időben Trumpp¹⁹, Clopat²⁰, Markovnikoff és Filatoff²¹ írnak gyermeknél észlelt bakteriuria esetről.

Rovsing²² 1897-ben megjelent munkájában egy fejezetet szentel e kérdésnek. Kórokozóul a coli-bacillus szolgált és tekintve az esetek benignitását, kétségbe vonja a colinak lobokozó és kórokozó hatását.

1898-ban Albarran, Hallé és Legrain²³, egy a francia urológiai egyesületben tartott előadásban, a bántalomról összefoglaló képet nyújtanak.

Escat²⁴ és Carlier²⁵ két újabb esetet mutatnak be és hozzá csatolnak Masiustól és Wolfótól (bacillus subtilis), Kroginstól (staphylococcus és proteus vulgaris) és D'Imbert és Goujontól (coli) eseteket.

Barlow²⁶ összesen 65 esetről beszél. Sarcina 22 esetben (tenyésztés nem sikerült), 1 esetben Gram szerint festődő bakterium, 1 esetben kénhydr.-t fejlesztő, 19-szer bakterium coli, 17-szer tiszta, 5 staphyl., 3-szor tiszta, 2-szer bakterium colival.

Újabban Imbert, Goujon²⁷ és Marcell See közölnek eseteket.

Escat alkalikus vegyhatású bakteriuria esetet mutat be az 1899. francia urológiai congressuson.

A bakteriuriás vizelet oly határozott sajátságokkal bír, úgy physikalikus tulajdonságai, mint mikroszkopiai képe által annyira szorosán jellegzetes és minden más zavaros vizelettől könnyen megkülönböztethető, hogy a lényegének első felismerése alkalmával megállapított kriteriumok a behatóbb és részletesebb vizsgálatok által alig szenvedtek módosulást. És éppen ezen szoros körülírt tulajdonságok, a melyek a diagnosist annyira megkönnyítik,

zárják ki a bakteriuria fogalmának átvitelét oly vizelettel bíró kórformákra, a melyek egyik vagy másik irányban ezen sajátságokban hacsak relativ értékű eltéréseket is mutatnak.

A bakteriuriás vizeletet a maga tisztaságában nyerjük, ha az első cseppek kibocsátása után a vizeletet felfogjuk. A húgycsőnek praeparálása, az előlő és hátsó részletnek előzetes kimosása, vagy a vizeletnek katheter útján való leboesátása, a diagnózis exactságát növeli ugyan, de nem szükséges.

A vizelet rögtön a kibocsátásnál már zavarosnak mutatkozik és pedig egyenletesen zavaros, opalescáló, csillogó. E zavarodás bizonyos nuanceokra képes a bakteriumtartalom mennyisége szerint, és pedig az opalescáló hullámtól a genyirtartalmú vizelet homogen sűrűségéig. Az üvegben való felrázásnál a közönséges vizeletnél kevésbé higan folyós és oly fehér felhőket alkot, mint valamely folyadékban suspendált por. Ezen elmondott sajátságokat a vizelet állásnál sem veszti el, sőt ezeken a centrifugálás sem változtat, a vizelet feltisztulása csakis porcellán szűrőn való átszűrés alkalmával következik be. Ép ezért a vizelet ezen üledéket nem képező zavarodottsága már egymagában is kizárja a genyes vizeletet.

Üledéket csak úgy nyerhetünk, ha centrifugálás előtt a vizelethez alkoholt adva, a bakteriumokat mintegy kicsapjuk, (sediment microbien Hallé).

A vizelet egyik legfeltűnőbb sajátságát szaga képezi. A szag, a mint azt az insularis Roberts elég jellegzetesen mondta, rothadt halakra emlékeztető, rendkívül büzös, émelyítő. Ezen szag állandó és csak erősségében mutat némi változatot.

E szag általi incommodatatio képezi a betegeknek legtöbb esetben egyedüli panaszát, közvetlen okát annak, hogy orvoshoz fordulnak. Néhányan ugyan irtak le szagtalan vagy ammoniakalis bakteriuriákat, így Krogius, Rovsing, Hogge és Escat, csak hogy ezen esetek, a mint azt utóbb kifejteni lesz alkalmam, szigorú értelemben vett bakteriuria eseteknek nem tekinthetők.

És mint minden esetre jellegzetes a szag, ép oly határozó a vegyhatás is, mely mindig savi.

Közömbös vegyhatás Markovnikoff, Hallé, Melchior eseteiben inkább a véletlennek tudható be, ellenben a Hogge által közölt ammoniakalis erjedésben levő és a legutóbb Escat által leírt alkalikus bakteriuria mellett a húgyutaknak, ha csak kisfokú lobja is, ki volt mutatható, tehát kivételes eseteknek, olyanoknak, a melyek a szabályt megingatják, azért nem mondhatók, mivel bakteriuriáknak sem mondhatók.

A bakteriuria fogalmát tudományos exactsággal a görösövi vizsgálat adja meg. Egy cseppet a vizeletből mikroszkop alá téve, a bakteriumoknak megszámlálhatatlan tömege tűnik szemünkbe. A tiszta bakteriuria esetekben a vizelet csakis mikrobákat tartalmaz, kizárásával minden egyéb a rendes infectiókkal járó lobterméknek, a milyennek a hám, fehér és vörös vörsejtek, valamint a nyák-, genysejtek és mikrobákból álló fonalak tekinthetők. A vizelet valamely bouillon-kultúra görösövi képével hasonlítható össze.

Az irodalomban leírt legtöbb bakteriuria esetben azonban a bakteriuriás vizeletben genysejtek is foglaltattak, esetleg epithel sejtekkel társulva, ez a „vegyes (mixte) bakteriuria” mintegy középhelet foglalna el a tulajdonképeni és szigorúan vett bakteriuria és a lobok folytán létrejött pyuria között.

A genysejtek jelenléte a húgyutaknak valamely régi vagy enyhe lobját jelentené. Többnyire átmeneti alakot képez, minden esetben azonban élesen megkülönböztethető az ilyen bakteriumdús, kevés fehér vörsejtet tartalmazó vizelet a fehér vörsejtekben gazdag, bakteriumokban azonban szegény cystitises vizelettől.

A bakteriuria ezen tágabb, különösen a francia szerzők és követők által propagált értelmezésével szemben, a mi által az enyhe lefolyású, kezdeti vagy terminalis cystitisek könnyen illeszthetők a bakteriuria keretébe, én a kórforma különállásának fennmaradása érdekében intransigensebb álláspont elfoglalását tartom indokoltnak. Igaz, hogy ezáltal sok ezen keretbe illesztett eset a húgyutak egyéb lobos megbetegedései közé sorolhatnák, de ezen áthelyezés által legalább a kórforma szigorúan körülírható, egységes voltát mentenők meg.

Ha a betegnek a vizelet szagán kívül más subjectív panaszai nincsen is és ha a hólyagnak valamely megbetegedését objective sem mutathatjuk ki, mihelyt a görösövi vizsgálat a vizelet zavaros-

dásának okául a bakteriumokon kívül geny- és hámsejteket is mutat ki, szigorúan vett bakteriuriáról már nem szólhatunk, a kórforma külön állásának veszélyeztetése nélkül. Ezen lazább felfogás mellett ugyanis mindenki egyéni elbírálásának tárgyát képezhetné, mikor tekinthető a bakteriumtartalom a genysejtekhez képest aránytalanul gazdagnak, vagy a genysejttartalomhoz viszonylagosan szegénynek.

A bakteriuriának keletkezése épúgy, mint fennmaradásának okai a legtöbb esetben alig deríthetők ki. Egész lényege némi ellentmondásban áll mostani kórtani felfogásunkkal és sok esetben hypothetikus magyarázatra szorul. A vizeletnek egy infectiójával állunk szemben és nem a húgyutakéval és ezen fontos distinctio és az ebből folyó kóroktani és kórtani következtetések teszik szükségessé a kóralak önállóságának fentartását és minden kevert formának, minden átmeneti alaknak kizárását. Nemesak ezek relativ értéke miatt, nemesak a gyógybeavatkozás javalatának különbözősége miatt, hanem azon fontos kérdés tisztázása miatt is, mely a cystitis keletkezését hivatott felderíteni.

A mint majd látjuk, a bakteriuria okául legtöbb esetben a coli bakterium tekinthető, ugyanaz, a mely a húgyutak legsúlyosabb infectioinál elsőrangú szerepet játszik. A bakteriuria valódi lényegének felismerése, az okozó bakteriumok szerepe, és első sorban a coli bakterium jelentőségének elbírálása a cystitis pathogenesisében, annak kiderítése, vajjon elégséges-e az úgynevezett segítő körülményeknek (retentio, trauma) közbelépése, hogy ugyanazon virulentiájú bakterium, a mely hosszú időn keresztül ártalmatlan lakója volt a szervnek, a segítő körülmények hozzájárulásával a nyákhártyának súlyos és hosszas tartamú lobját idézhesse elő, vagy pedig más előttünk eddigéle ismeretlen, de minden valószínűség szerint a változott chemismusban rejlő okok szükségese-e ehhez.

Az esetek túlnyomó többségében a coli bakterium volt a bántalom okozója és ha a közölt kórtörténeteket az általam felállított kriteriumok szerint vizsgálva a „vegyes” esetektől eltekintünk, úgy majdnem tisztán a coli bakteriuria marad vissza, ugyanaz, a mely, mint ismeretes (Ráskai²⁹), legtöbb esetben okozójának tekinthető a cystitisnek ép úgy, mint a magasabb húgyutak fertőzéseinek.

A bakteriuriás vizelet vegyi vizsgálata a legtöbb esetben hiányos volt, a vegyhatás meghatározására és a pathologikus fehérje és cukor kimutatására szorítkozott. Pedig feltehető, hogy ez az igen nagy bakteriumtartalom módosítólag hat a vizelet vegyi magatartására is.

Hogy azonban a vizeletnek a bakteriumok elhalása és anyagcsereje folytán létrejövő, idegen alkotó részei melyek, vagyis ezen anyagok vegyi tulajdonságai miben állanak, azt ez idő szerint még nem mondhatjuk meg.

Lehetséges, hogy a néhány esetben talált fehérje növelte a vizeletnek táptalajbeli kedvező sajátosságait; az aciditas, a mely a bakteriuriás vizeletnél szabálynak mondható és a mely a másodlagos ammoniakalis erjedést ép úgy kizárja, mint a sók praecipitálását, a vizelet táptalajbeli tulajdonságait semmi esetre sem növeli, hiszen ismeretes, hogy a vizelet aciditásának fokozása a bakteriumok virulentiáját lefokozza és azok elszaporodására gátló befolyást gyakorol.

Ha így az aetologia a bakteriumok megjelölésével és így különösen a coli bakterium szerepének felismerésével kiderítettnek tekinthető, a pathogenesis egyéb körülményei annál rejtélyesebbnek mondhatók, ha sokszor nem is ütközik nehézségbe a bakteriumok vizeletbe jutásának módját és útját meghatározni.

A fertőző elemek a hólyagba jutnak:

1. közvetlen behatolás útján
2. közvetett behatolás útján:

a) A közvetlen behatolás útját képezik az urethra, az ureter és a rendkívüli folytonosság megszakítások.

b) A bakteriumok a közvetett behatolás útján a vizeletbe kerülnek:

α) a vesék útján;

β) a vérpályából közvetlenül vagy kerülővel a vesék útján;

γ) a húgyutakkal szomszédos szervekből és pedig vagy perforatív folyamatok által, a bakteriumoknak a szöveteken való átvándorlása útján, vagy a nyirok-pályák útján.

Az út megtevését előidéző vagy azt elősegítő factorok

minden egyes esetben természetesen különböznek, a mint különböző létrejöttének vagy létrejöttét gátló körülményeknek játéka.

Tény, hogy a közölt bakteriuria esetekben a fertőzés útja leggyakrabban felhágó volt: a mikrobák az urethrán át jöttek a) urethritis folytán (12 esetben), b) katheterismus kíséretében, a melyet retentio, prost. hypertrophia, trauma vagy műtét miatt végeztek (9 esetben), c) a perineumra való esésnél, régi blennorrhoeában szenvedő betegnél (Hogge), d) sublimat injectio folytán, a melyet subcut gonorrhoeával bíró egyén végzett coitus után és e) végre chronikus prostatitisnek folytatódó átterjedése a hólyagra képezte a bakteriumok kimutatható útját. (Folytatása következik.)

Közlemény Kocher tanár berni sebészeti klinikájáról.

A coxitis tuberculosa műtéti kezeléséről.

Irta: *Manninger Vilmos* dr. kórházi segédorvos.

A természettudományi kutatás szelleme eltörölte a „jurare in verba magistri” elvét. A tények elfogulatlan vizsgálása, az abból folyó következtetések megokolása képezi a természettudományi gondolkodás alapját. Daczára annak, hogy a gondolkodás ezen módja vérünkbe vált, nem tudunk elzárkózni a nagy egyéniség varázsa előtt. Nagy suggestiv ereje megingat bennünk oly tantételeket, melyek igazságáról teljesen meg voltunk győződve. Ily hatásra volt visszavezethető azon befolyás, melyet Kocher nagy tudományos egyénisége gyakorolt reám és mely megingatta bennem a sebészet egy fontos kérdéséről, az izületi gümőkór kezeléséről szóló, ma általánosan divó tantételeket.

A gümös izületi gyulladás kezelésénél a sebészek java része az utolsó évtizedek alatt lehetőleg a conservativ kezelés felé hajlott. A műtéti kezelés, resectiók, arthrectomiák mindinkább háttérbe szorultak. Ha végigtekintünk azokon az átalakulásokon, melyeken a gümös izületi gyulladás kezelése az utolsó 50 év alatt átesett, önkéntelenül két ellentétes irányú hullámvonal ölik szemünkbe. Az egyik vonal jelképezi a conservativ irányt, a másik a műtéti kezelést. A XIX. század ötvenes éveitől mindinkább emelkedik a műtéti kezelés vonala s tetőpontját a nyolczvanas években éri el. Az ultraoperativ kezelés virágzásának e magaslatán kezd terjedni a conservativ sebészet és terjedését jelzi ama meredek görbe vonal, mely a gümös izületi gyulladások mai kezeléséhez vezet. Ma a világ legtöbb klinikáján a conservativ-orthopaediás kezelés divik. Ennek tanáiban nevelkedtünk mindnyáján. Az operativ kezelés hitelét veszítette. Eltűnt a sebészeti tankönyvek legtöbbjéből azon rossz eredmények folytán, melyeket segítségével a kérdéses megbetegedéseknél elérhettek.

Kicsiny azok száma, a kik hívek maradtak az operativ kezeléshez. Számuk napról-napra fogy. Közéjük tartozik Kocher tanár, a ki felhasználva az aseptikus sebkezelés tökéletesedését, ma is gyakran nyúl a késhez, hogy a szervezetből a gümös góczokat eltávolítsa.

Gyógykezelésének kitünő eredményei vezettek arra, hogy ezirányu beteganyagának feldolgozására engedélyt kikérjem. Vizsgálataim czélját abban láttam, hogy e két kezelési eljárással, a conservativ és operativ módszerrel elérhető végeredményeket összehasonlítsam.

Kocher tanár e kéresemnek kiváló előzékenységgel tett eleget. Eredeti tervemet, mely szerint vizsgálataimat a test hat nagy izületére akartam kiterjeszteni, oda kellett módosítanom, hogy csak a coxitis anyagát dolgozzam fel. A berni klinikának a többi izületre vonatkozó kórtörténet anyaga az utolsó évek folyamán dissertatiók alakjában részben fel volt már dolgozva. Az anyag e hiányossága daczára hozzáfogtam feldolgozásához, mert a csipőizület, mint a test legnagyobb izülete, nagyon alkalmasnak látszott ily irányú összehasonlításra. Régi tapasztalat mutatja, hogy műtéti kezelés mellett a csipőizületnél legkedvezőtlenebbek az eredmények.

A módszer, melylyel e vizsgálatot végezni kellett, csakis a statisztikai lehetett. E czélra a berni klinika beteganyaga kiválóan alkalmasnak bizonyult. Betegei szinte kizárólag svajczai; legtöbbje a berni kantonból, vagy a szomszédos kantonokból származik. Ennek folytán a tudakozódás nem ütközött tulságos nehézségekbe.

és a távolságok csekély volta miatt a betegek egy részét fel is kereshettem, hogy a szükséges vizsgálatokat megcsejtessem, különösen pedig az ízület működését, a járást és a beteg általános állapotát pontosan ellenőrizhessem.

Vizsgálataimat úgy ejtettem meg, hogy az összes betegekhez kérdő íveket küldtem, melyekre a feleletek — 2 esetet kivéve — pontosan beérkeztek. A közelebb lakó betegeket a klinikára rendelttem be, vagy magam kerestem fel. Az így talált eredményekről részletesen egy a Deutsche Zeitschrift für Chirurgie LXV. kötetében megjelent dolgozatban számoltam be. E munka terjedelme és formája lehetővé tette, hogy magyar szaklapban közölhessem. Tárgya annyira szűk körű, hogy csakis a kizárólag sebészettel foglalkozó orvosra birhat érdekl. Ugy hiszem azonban, hogy a gümös ízületi megbetegedések nagy elterjedése miatt nem lesz teljesen érdektelen, ha ez értekezés anyagát kivonatossan ismertetem hazai orvosközönségünkkel. Érdekességét növeli azon körülmény, hogy az indicatiók felállításában nagyjában Kocher tanár elveihez tartottam magamat, kinek nagy tekintélye és sebészeti tapasztalata súlyt kölcsönöznek e dolgozatnak.

A coxitis conservatív kezelésének eredményei az utolsó évtizedekben lényegesen javultak. Az eredmények főleg az ízület működésének javulásában láthatók. A testgyógyászat segéd-eszközei kibővültek, úgy hogy segítségükkel képesek vagyunk a functiora leghátrányosabban ható zsugorodások, a flexiós és adductiós contracturák ellen küzdeni. Megtanultuk azt, hogy az ízületeket a későbbi használatra kedvező állásban rögzítsük, esetleg tehermentesítsük. Már maga a nyugalom képes arra, hogy a gümös folyamat kigyógyulását előmozdítsa.

De történtek kísérletek a bakteriumölő-szerek hosszú sorával is, melyek az ízületbe fecskendezve, a gümös fertőzés terjedése ellen voltak hivatva. E szerek legelőjéből csak a legkíméletesebbeket említem fel. Ilyen a jodoform, carbol, formalin, kámforos-naphthol, fahéjsav. A gyógyulási folyamat utánzása céljából Lannelongue a chlorzink befecskendezést ajánlotta s eljárását méthode selérogennek keresztelte el. Ha még hozzáveszünk, hogy Bier a pangásos vérbőséget ajánlotta oly célból, hogy a megbetegedett végtagon a vér savójának bakteriumölő tulajdonságait érvényesítse: az eljárások e hézagos felsorolásából is láthatjuk azt, hogy a kutatók mily nagy fáradsággal keresték a helybeli gümös folyamat panaceáját.

Az ajánlott módszerek hosszú sora bizonyít legjobban a mellett, hogy egyikük sem volt képes a cél biztos elérésére. Ha ennek dacára az észszerűnek látszó operatív kezelés mindinkább háttérbe szorult, ennek okát kell keresnünk.

Ez ok nagyon szembeötlő. Ha csak egy pillantást vetünk a gümös ízületi resectiók ijesztően magas mortalitására, melyet e műtét virágzásának fénykorában, az antisepsis előtti időben felmutatott, nem csodálkozhatunk azon, hogy e műtét hitelét veszítette. De még az antiszeptikus sebkezelés első idejében is igen nagy e műtét utáni halandóság. Épp abban az időben, melyben a sebek kezelésének módszerei a legnagyobb átalakuláson mentek keresztül, midőn az aseptikusnak nevezett sebkezelés kezdett terjedni, e műtét már csak ritkán jött alkalmazásba.

A conservatív kezelés olyan gyorsan terjedt, hogy nagyobb, az újabb időből származó resectiók statisztika híján vagyunk.

Az antisepsis előtti időkből származó statisztikák azonban nem csak azért kedvezőtlenek, mert a sebfertőzési betegségek követeltek sok áldozatot; ide kell számítani még azt is, hogy az ízületi resectiókat abban az időben csak tökéletlenül végezték. Csak Volkmann hangsúlyozta nagy erővel annak szükségét, hogy ne csak a csontok ízületi végeit távolítsuk el, hanem épp oly fontos a gümösen megbetegedett savós hártya és tokszalag kiirtása is.

Mint harmadik ok, mely a resectiók hátrányára billenti a mérleget, szerepel azon körülmény, hogy különösen az újabb statisztikáknál a műtetre kerülő esetek sokkal súlyosabbak, mint a conservative kezelt esetek.

Ha szem előtt tartjuk e körülményeket, nem csodálkozhatunk azon, hogy a műtét kezelés leszorult az ízületi gyulladások kezelési módszereinek soráról.

Az összehasonlító statisztika ez okoknál fogva igen sok hibaforrást mutat. E hibaforrások egyike még abban a körülmény-

ben is rejlik, hogy a conservatív módon kezelt betegek állapotáról az utólagos vizsgálatoknál csak igen hézagosan győződhetünk meg. Már Billroth hangsúlyozta, hogy mennyivel könnyebb operált betegekről utólagos felvilágosítást kapni, mint nem operáltak részéről. Lélektani finomságok játszanak itt közbe, melyek lehetetlenné teszik, hogy conservative és így rendszeren ambulanter kezelt beteganyagról teljes statistikát nyerhessünk. Hozzá még a coxitis hosszú tartama miatt (melyet Bruns és Wagner igen nagy anyagon szerzett tapasztalatok alapján $3\frac{1}{2}$ —4.7 évre tesznek), igen nehéz az utólagos vizsgálatnál annak megállapítása, tényleg kigyógyult-e a betegség teljesen?

E két utolsó körülmény miatt a conservative kezelt betegek statisztikája igen hézagos. Billroth, Rosmanit és Thausing az esetek 19%, 25%, illetve 30%-ában; Caumont 9%-ban, Albrecht 6%-ban, Schmidt 42%-ban, Huismans 19%-ban, Henle pedig 28.8%-ban nem bírtak végleges eredményre jutni az utólagos vizsgálatoknál.

A statisztika e hézagossága sokat levon értékéből, mely szinte illuzoriussá válik, ha az összehasonlításra nem egynemű anyagot választunk. Ha meggondoljuk, hogy conservatív kezelés mellett Bruns-Wagner klinikus anyagon 40% mortalitást találtak, ugyanily kezelés mellett Lorenz 5%, Mesnard 0% halandóságot állapítottak meg magángyakorlatuk anyagán, az eredmények ez eltérést csak a socialis és hygienikus körülmények különbségében láthatjuk.

Mind e hibaforrást azáltal igyekeztem elkerülni és kirekeszteni, hogy egyrészt a műtét statisztika anyagát 2 csoportba osztottam, melyek elseje az antisepsis előtti korból és az antiszeptikus sebkezelés első idejéből származó anyagot öleli fel, másika az aseptikus sebkezelés idejéből való; másrészt csakis klinikus anyagot használtam fel, mely nagyjában egyöntetűnek mondható.

A Kocher-féle klinikáról származó anyag 107 resectió esetére vonatkozik. Ezek közül az 1872—1882-ig operált eseteket Zehnder, az 1881—1889-ig műtett eseteket Guinaud állította össze egy-egy dissertatióban. Ez eseteket is felvettem statisztikus feldolgozásom keretébe, hogy lehetőleg nagyobb számú esetekből vonhassam le következtetéseimet. El kellett tekintenem a berni klinikán conservative kezelt esetek feldolgozásától, mert számuk oly csekély, hogy e miatt nem látszott alkalmasnak összehasonlítások végzésére.

Feldolgoztam az anyagot egyéb statisztikai szempontokból is. Az esetek szűk száma miatt a talált eredményeknek nem tulajdoníthatunk mérvadó jelentőséget; hisz a statisztika a nagy szám tudománya. Ezért a talált eredmények közül csak egy-két fontosabb leletet emelek ki, olyan leletet, mely az eddig általánosan elfogadott nézetektől némileg eltér.

Ez adatok legfontosabbja vonatkozik azon viszonyra, mely az elsődleges csontmegbetegedés és a synovialis eredet között fennáll. A gümös ízületi megbetegedés kiinduló pontja az egyes ízületeknél némi eltérést mutat. A csipőizületre Riedel vizsgálatai óta általánosan azon nézet volt elterjedve, hogy az esetek túlnyomó többségében a betegség elsődleges góczát a csontban kell keresnünk. Szerinte az esetek 70%-ában találunk gümös sequestereket, melyek pedig okvetlenül a csont elsődleges emboliás megbetegedése mellett szólnak.

Ez adatokkal szemben a mi anyagunkon elsődleges csontgóczot Zehnder betegeinél 74%-ban, Guinaud betegeinél 70%-ban, az én anyagomnál 50%-ban találtam, a mi átlagban 60%-os elsődleges csontmegbetegedés mellett szólna. Ha hozzáveszünk ehhez, hogy ugyanez anyagon 26%, 27.5%, illetve 22.7%-ban találtam sequester jelenlétét említve, a mi átlagban 25.4%-nak felel meg: az eltérés Riedel adatai és a mi számaink között igen szembeötlő.

Ha tekintetbe vesszük, hogy a kórboncztni leletet az esetek túlnyomó számában Kocher tanár sajátkezűleg jegyezte be a kórtörténetekbe, hogy e lelet pontosságára ezek szerint igen nagy súlyt helyezett: nem tarthatjuk valószínűnek, hogy figyelmét sequesterek, csontgóczok elkerülték volna. A műtétet, egy eset kivételével, ugyancsak személyesen végezte, úgy hogy már a műtétnél győződhetett meg a kórboncztni elváltozásokról.

Az eltérésnek okát kell tehát keresnünk. Az egyik tényező, mely a primaer csontmegbetegedések számát illetően gyakrabbnak tünteti fel, abban keresendő, hogy a synovialis elsődleges megbetegedéséhez igen gyakran társul másodlagos caries csontokon. E járulékos megbetegedés oly mélyreható elváltozásokat okozhat, hogy könnyen téveszthető össze elsődleges csontgőcczel. Csak a mióta König kitűnő vizsgálatai világot vetettek az ízületi gümőkör finomabb kórboneztani elváltozásaira, tudjuk némi határozottsággal elkülöníteni az elsődleges csontgőczt a másodlagos cariestől. Csak nagy tapasztalás adhatja meg azt az eszközt, melylyel a czélt elérhetjük. Nem tekinthetjük véletlennek, hogy az évek során fogy a mi anyagunkon is a határozottan elsődlegesnek mondott csontgőcök száma. E fogyás igen szembeötlő. (74%, 70%, 50%.) Ugy hiszem, hogy megközelítőleg 60%-kal jelölhetjük meg az elsődleges csontmegbetegedések számát, hangsúlyozva azonban, hogy e szám csakis a csípőízület megbetegedésére vonatkozik. E szám nagyon jól egyeztethető König tapasztalatával, a ki nagy anyag átvizsgálása után azon meggyőződésének adott kifejezést, hogy a synovialis elsődleges megbetegedése jóval gyakoribb, mint azt eddig gyanították.

Még egy körülmény okát kell keresnünk. Mi okozhatja azt a különbséget, mely Riedel és a mi adataink között a sequesterek számát illetőleg fennáll?

Már fentebb említettem, hogy a kórboneztani leletet Kocher tanár minden esetben személyesen ellenőrizte és jegyezte be a kórtörténetbe; ezért valószínűtlen, hogy sequester jelenléte elkerülte volna figyelmét. Az eltérés oka — úgy hiszem — abban rejlik, hogy a sequesterek egy része az alatt a hosszú idő alatt, mely keletkezésük és a műtét között lefolyt, felszívódott. Ez idő eseteinkben 2-75 évre tehető átlagban. Riedel a sequesterek felszívódását a priori tagadta. A kórboneztani kutatás azonban ráutalt arra a lényeges különbségre, mely a gümös sequester és a heveny osteomyelitis utáni csontelhalás között e tekintetben fennáll. A gümös sequester, főleg ha nem túlnagy, a sarjak benővése által elmálik és felszívódhatik. A sequester ez eltűnésében keresem az adatok eltéréseinek egyik okát. Ha e mellett igaznak bizonyul, hogy az elsődleges megbetegedés a coxitisnél 60%-ot tesz ki, úgy Riedel adatait, a ki 70%-ban talált sequestereket, így is túlmagasaknak kell itélnünk.

Kissé bővebben tértem ki e kérdés tárgyalására, mert az indicatiók felállításánál lényeges fontosságot kell tulajdonítanunk annak, hogy a megbetegedés a csontból vagy a savós hártýából indult ki. Ezért bir nagy fontossággal a diagnostica ez irányban való kibővítése.

Kevés új adatot fűzhetek e tekintetben azon pontokhoz, melyeket König állított fel. Csak két észlelésre akarom a figyelmet felhívni, melyeket az eddigi leírások egyikében sem találtam említve.

Az egyik vonatkozik a fájdalmak fellépésének és eloszlásának módjára. Spontan fájdalommal körülbélül egyenlő gyakoriságban lép fel úgy a synovialis, mint az ossalis alaknál. Utóbbinál néhányszor találtam említve a kórtörténetek sorában, hogy a fájdalom hirtelen, nagy intenzitással lépett fel, esetleg rázóhideg kíséretében. E rohamos fellépés valószínűleg csontgőcnek az ízületbe való betörésével esik össze.

A gőcz helyének megállapítására azonban fontosabb a fájdalom eloszlódása. Míg az izvápa megbetegedésénél úgy a czomb tengelyének irányában történő lökés (Stosschmerz Kocher szerint), mint a czombnyak irányában a trochanter majorra gyakorolt nyomás (Pressschmerz) okoz heyes fájdalmakat, addig a czomb fejcsében székelő csontgőcnek főleg az utóbbi kifejezett.

Egy másik észlelést az esetek kis száma miatt csak meg-szorítással ismertettek. Feltűnt azon körülmény, hogy az ízület rögzítettsége mellett narcosisban azoknál az eseteknél, melyeknél elsődleges synovialis megbetegedés állott fenn, a mozgékony-ság helyre állt, míg a csont megbetegedésénél ez nem következett be. E jel magyarázatát talán abban kereshetjük, hogy csontgőcöknek a tokszalag zsgorodása gyorsabban következik be. Az esetek csekély száma miatt, melyekben narcosisban történt vizsgálat, e körülmény bebizonyítását csak hosszabb, sok esetre kiterjedő észlelés adhatja meg.

Sokkal fontosabb a különbözeti kórisme felállítására a

Roentgen kép. A Roentgen sugarakkal készített fénykép szolgál-tatta adatokat különösen a csípőízületnél, melynek átvilágítása, jó kép készítése sok nehézséget nyújt, igen fontos ellenőrizni. E czélra a műtétileg kezelt coxitis esetek kiválóan alkalmasak. Közvetlen betekintést nyerve az ízületben lefolyt elváltozásokba, az így talált adatokkal egyeztetetjük a Roentgen képen látható eltéréseket.

A berni Roentgen intézet bő anyagát használtam fel arra, hogy a coxitisnél talált elváltozásokba betekintést nyerhessek. Az e munkában felhasznált coxitis betegek közül csak 4 felvétel készült. Az ezeken talált elváltozásokat kiegészítettem azon esetek segélyével, melyek az utolsó 1½ év alatt a Kocher-féle klinikán, vagy az „Inselspital“ másik két sebészeti osztályán műtetre kerültek. E képek segélyével a Roentgen fényképen látható el-változások következő sorát állapíthattam meg:

Azon eseteknél, melyeknél a betegség első sorban az ízület savós burkára szorítkozott, már igen korán láthatjuk a csont szilárd anyagának nagyfokú fogyását, mely atrophia a trochanter major alá terjed. A mészcsók e fogyását, a csont kemény vázának ez atrophiját látjuk a csontnak a Roentgen sugárral szemben való könnyebb átjárhatóságában, a csont szerkezetének eltűnésé-ben, az epiphysis-vonal elmosódottságában. Az esetek többségében az epiphysis-vonal vagy teljesen vagy nagyjából eltűnt a beteg oldalon, míg az épen fiatal egyéneken igen jól látható.

Ha ez alakhoz, a synovialisra szorítkozó megbetegedéshez a csontnak és porcának másodlagos cariese társul, a csontok határai elmosódnak. A csontstructura teljes eltűnésével világos és sötét foltok lépnek fel a csontokban, különösen a czombcsont nyaki részletében. Nagyon gyakran látunk a ligamentum teres tapadási helyének megfelelőleg világos kúpot, mely a sarjnak a csontba való benővésének felel meg.

A betegség későbbi szakaszaiban úgy az elsődleges csont-folyamatból, mint a primaer synovitisből származó coxitis Roentgen képe hasonló elváltozásokat mutat. Mielőtt azonban ennek leírá-sára térnék, ki kell emelnem az elsődleges csontgőcökből ki-induló coxitis Roentgen képének jellegzetes vonásait. A csont általános atrophijája ez eseteknél kevésbé kifejezett. Nagyon fon-tosak és jellegzetesek azok az elváltozások, melyeket a csontok egyes körülírt helyein látunk, fényképen a czombfej vagy az izvápa tájékán körülírt, világos foltokat látunk, melyek határát sötétebb zóna jelöli. E zóna hol élesen, hol elmosódva megy át a környezetbe. A mint több esetben meggyőződhettem, e világos, sötét zónával határolt foltok pontosan megfelelnek az elsődleges csontgőcöknak. Igaz, hogy a kép elmosódik, a mint a savós hártýa is megbetegszik vagy kiterjedtebb roncsolási folyamat pusztítja el az ízületet. Az elsődleges csontgőcz korai kórisméjére e lelet azonban nagyfontosságú.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Ferencz József kereskedelmi kórház ambulans rendeléséből.

Ruptura vesicae urinariae incompleta, a cavum Retzii következményes sejtszövet lobja.

Közli: Wohl M. dr.¹

L. M. 31 éves, nős, kereskedelmi utazó azon panaszszal jelentkezik, hogy gyakrabban s véresen vize, a vizeletnél szúró, nem jelentékeny fájdalmai vannak.

1902. június hó 12-dikén. Beteg kissé halovány, magas, gracilis, élénk pillantású, fukar szavú, zárkózott benyomást tesz. Arczkifejezése, mintha szomorkodnék. Habitus neuropathicus me-lancholiás válfaja. Atyja kisiparos, él s egészséges, anyja három-szor szült, a mint tudja, nagyobb vérzések nélkül, gyenge alko-tású, de egészséges. Testvérei közül egy nővére orvosnak neje s utolsó szülésénél atoniás, nagy uterusvérzése volt. Egy fitestvére külföldön él, ideggyengesége miatt több ízben s huzamosan járólág orvosi kezelés alatt volt.

A beteg törekvő s munkás, fiatal kora óta maga tartja fenn

¹ Betegbemutató a kir. orvosegyesület dermatologiai és urologiai szakosztályának 1902. deczemberi ülésén.

magát, nagyobb beteg sohasem volt. 1897-ben kezelése alatt állott prostatorrhoea s spermatorrhoea miatt, megelőző kankó nélkül; ennek nyomai jelenleg sinesenek. Nős, egészséges két gyermek atyja. Érzéki természetű. A coitust rendszerint a reggeli órákban végzi azért, mivel ha este végzi, utána el nem alhatik, a coitus maga jól megy, erre nézve nincs panasz. Eddig tehát bizonyos, hogy neurotikus egyénnel van dolgunk.

Jelen bajára tekintettel még, a mint később látni fogjuk, szükséges volt figyelmünket oda irányítani: nem haemophiliás-e az egyén vagy a család. Erre nézve nővére gyanús, atoniás vérzése volt, a beteg azonban semmit sem mond, a miből haemophiliára lehetne következtetni.

Bajára nézve előadja, hogy reggeli 7 órakor (junius 12) vizeleti inger ébresztette fel s erectioja volt. Lusta lévén kimenni, mint máskor is, telt hólyaggal közösült, s e közben, hogy a 9. hónapban gravid felesége hasát védje, felső végtagjaival az ágyra támaszkodott, úgy hogy háta ferdén lefelé helyeződött. Az actus normalisan folyt le. Utána vagy egy negyedórát pihent, miközben vizeleti ingere alább hagyott. Azután felkelt s az árnyékszékre ment; a vizeletnél metsző fájdalmakat érzett, a vizelet erősen folyt, székleté is volt s a mikor azután, indítva a fájdalmaktól, a closetbe nézett, azt látta, hogy a vizelet egészen véres. Délelőtti folyamán még 3-4-szer vizelt, mindig véresen, különben pedig az irodában dolgozott.

A rendelésnél magam is meggyőződtem, hogy vizelete véres. Első s második részében szennyes-sárgás, barnás-piszkosan áttetsző, nem alkalikus, utolsó részlete sötétebb barnás-piros, majdnem tiszta vér. Benne coagulák, homok vagy szövetdarabok, melyek papillomára gyanusak lennének, gondos átkutatásnál sem észlelhetők. Göresővileg tiszta haematuria képe látszik: húgyelemek s vér egymással keverve, fehér s normalis vörös vértestecsek arányos számban.

A beteget lefektettem, szokásos utasítással s rendelvényekkel elláttam azon reményben, hogy a vérzés, mivel a hólyag jól kiürül, nagyobb coagulumokat nem tartalmaz, benne combinált palpationál nagyobb tumort vagy concrementumot felfedezni nem lehet, a mire a húgy vizsgálata sem nyújtott támpontot, hogy tehát a vérzés, feltéve, hogy nem vesevérzés s nem haemophiliás vérzés, hamarosan szűnni fog. A veséből való vérzést tudniillik egészen kizárni még nem állt módomban. Mert dacára annak, hogy a vese tapintása rendellenességet nem mutatott, veseconcrementumokra, tumorra figyelmeztető tünetek nem voltak, a vizelet utolsó részének nagyobb vértartalma is hólyagvérzésre gyanús volt, bár ezen tünetet az ureterekből a hólyagba csepegő s ott nagyobb fajsúlyánál fogva ülepedő vér is mutathatja: a cystoskopot jelen stadiumában lehetetlen volt alkalmazni s így exaete a vesevérzést akkor nem tudtam kizárni, de a kevésbbé subtilis s régóta divó hólyagmosáshoz diagnostikai célból sem akartam nyulni, hogy a megtisztult mosóvíz rögtön elszínesedéséből hólyagvérzést megállapíthassak.

A hólyagban fellépett fekélyes folyamatokat (tuberculosis stb.) kizárhattam, mivel a vizelet előzőleg sohasem volt abnormalis s gümöbacillusra való festése negativ eredményt adott. Gondoltam még miliaris tuberculosisra, infectióra, mérgezésre, atheromatosisra, de ezek a kórállapot keretébe nem illeszkedtek bele.

Igy megint csak a telt hólyaggal való coitusra s az ezzel járó traumára kellett visszatérnem, hogy ez okozta a vérzést, illetőleg a felületes rupturát. A hólyagfal teljes egészében való elszakadását ki lehetett zárni, mivel ez súlyosabb extraperitonealis húgybeszűrés vagy intraperitonealis, a hasübbe való vizelet tüneteivel jár. Azt a kérdést kellett tehát feltennünk, hogy az erősen telt hólyagot képes-e ilyen a hasfalat érő, aránylag csekély trauma szétszakítani. Tekintetbe kell vennünk a hasfali izmok contractioját s az ellennyomást is, melyet a prostata turgescenciája, az ondóhólyagesák teltsége, a kilövelési mechanismussal járó izomműködéssel egybekötött feszülés okoz.

Az irodalomban számos eset van feljegyezve, a hol aránylag csekély trauma haematuria okozott. Általában véve ahhoz, hogy a hólyag elszakadjon, annak bizonyos fokig való túlteltsége szükséges. Ez a legfontosabb tényező. Kevésbbé fontos azon körülmény, hol s milyen trauma éri a falzatát. Ezen trauma jöhet kívülről, de jöhet belülről is (hólyagmosás). A külső traumák a hólyag szom-

szedságát érhetik, tehát az abdomen alsó régióit, vagy érhetik nagyobb távolból is (hátraesés, az ülepre, lábakra való esés). A hólyag ezen behatások folytán ott fog elszakadni, a hol legkevésbbé ellenálló. A tapasztalat azt bizonyítja, hogy a hátsó falza szakad el legtöbbször. Sem a promontorium nyomása, sem a hátsó fal izomzatának hosszirányban való elrendeződése nem okai ezen dispositionnak. Inkább feltehető, hogy az izomrostok közötti hézagok, a hasfal, symphysis, gerincoszlop, megtelt rectum védelmének hiánya okai a hátsó hólyagfal közép s felső része szakadásra való hajlamának. A ruptura mindig befüről kifelé halad, először szakad a nyákhártya, azután az izomréteg, a peritoneum. A ruptura tehát incomplet vagy complet.

Betegünk három napig ágyban feküdt, mialatt vizelete megtisztult. Azután lege artis megtűkröztem. A hólyag nyákhártyája feltűnő halványasága mellett normalis képet mutatott. A hátsó falon a jobb ureter papillája felett, attól kissé balra körülírt helyen folytonossághiány van, körülötte s az alapján sötétvörös, kiemelkedő foltoszerű sugillatiók láthatók, melyek a fundus felé is terjednek. A jobb ureterből időközönként tiszta vizelet ürül. Így tehát a különben normalis nyákhártya több helyen véresen beivódott, a felszínén megrepedt s a hólyagba vérzett. Ez csakis trauma folytán keletkezhetett. A beteg ezen bajából látszólag tökéletesen meggyógyult, munkaképes lett s el is utazott.

1902. június 30-dikán újáról hazatért s felkeresett azon panaszszal, hogy némileg gyakoribb vizeleti ingere van, haematuria azonban végkép elmaradt. A járásnál hamar elfárad, kis tompa feszülést érez az alhasában, fekvő helyzetben is s mintha lázas borzongást érezne.

Objective a vizelet normalis, idegen alkatrészeket nem tartalmaz. Steril katheterrel felfogva göresővileg s culturában is csiramentes. Hőmérő lázt nem mutat.

Állapota a következő négy napon annyiban rosszabbodott, hogy vizeleti ingere fokozódott s közérzete is silányabb lett. Lefektettem.

Julius 5-dikén. Hőmérsék 37.9. Vizeleti inger nagyfokú, residuális vizelettel. Alhasi tompa fájdalom. A fandomb nyomásra fájdalmas s feszült. Kopogtatása alig eltérő. A következő héten subfebrilis állapot 38.2—38.6, vizeleti inger $\frac{3}{4}$ óránként s gyakrabban is. A vizelet mindig normalis. A symphysis felett spontán s nyomásra fájdalom. Beteg felhúzott térddel nyugalmasan fekszik. Érverés 98. Székletét csak nagy clysmákra van. A symphysis felett $1\frac{1}{2}$ ujjnyira üres hólyagnál is tompán dobos kopogtatási hang. A rectumból üres hólyag mellett bimanuális vizsgálatnál a tumor folytatása a symphysis mögé tapintható. Fluctuatio nincs.

Az állapot rosszabbodásának lehetőségét s mütét szükséges voltát szem előtt tartva, a Ferencz József-kórházba való felvételét helyeztem kilátásba. Ez azonban nem következett be, mivel a beteg állapota a következő két napon nem súlyosbodott. Láza csökkent, a tumor statianär maradt. Következő napokon javulás, 11 napi fekvés után a beteg felkelhetett s a teljes restitutio hamar bekövetkezett.

Igy tehát hólyagcontusio s incomplet ruptura után steril vizelet mellett a cavum Retzii infectioja s beszűrés következtet, mely genyedés nélkül spontán felszívódott.

A cavum Retzii sejtiszövetlobja s ilyen lefolyása felette ritka. Ha az anatomiai viszonyokat tekintjük, ezen „pericystitis”-nek is nevezett folyamat rendszeren másodlagos. Elsődleges, idiopathikus, spontán fellépésének közlése bizonyos kétséggel veendő s akkor rendszerint nagyobb trauma előzi meg. Ezen a hólyag előtt praeperitonealiter fekvő sejtiszövet egyrészt a hólyag, symphysis s os pubis között terjed el, másrészt felér a rectusok mögé, a ligamenta umbilico-vesicaliaikat befogva egészen a köldökig, szorosan a hashártyához odafekve, ott a hol a linea semicircularis Douglasii felett az egyenes hasizmok hüvelye mögé kerül, míg alatta a symphysis mögé folytatódva laza retromuscularis ürt képez. Vagyis anatomiailag ezen ürt két részre osztjuk: 1. *cavum retromusculare*, a linea alba által ketté osztva s 2. *cavum praevesciale* s folytatása a hólyag körül a medence s szervei körüli sejtiszövet. Az előbbi határai elül az egyenes izmok perimysiuma, hátul a fascia transversa Cooperi, illetve lejjebb a rectusok hátsó hüvelye. Utóbbinak, a tulajdonképi cavum Retzii-nek

határai elül a symphysis s az os pubis, feljebb az előbbi ür alsó hátsó határa. Hátsó határai a hólyag előtt azon fascia, mely a hólyag peritoneuma alatt a fascia transversa (Henle) folytatásaként a hólyag falán leszáll s férfiaknál a prostata aponeurosisában, nőknél a pelvirectalis sejtzövetben végződik, a hol a levator ani felett a medencecsigereket körülvevő sejtzövettel összeolvad, betetőzve a hashártya lemezei által. Mindkét ür között laza sejt-szírsejti átmenetek vannak, úgy hogy tiszta retromuscularis, a symphysis felett hirtelen megszűnő beszűremkedések alig vannak, hanem klinikailag gyakori az, hogy a praevessicalis lob a symphysis fölé is elterjed; viszont a beszűremkedéseknek a symphysis mögött vékonyodó folytatása a rectumból rendszeren kikapatható.

Ha már most azt kérdezzük, hogy steril vizelet mellett a staphylococcusok, streptococcus, bacterium coli miként jutottak be a cavum Retziibe a nélkül, hogy a primaer helyen cystitist okoztak volna, úgy erre ezúttal nem vagyok képes megfellelni.

Mindazonáltal ezen esetet sem tekinthetjük idiopathikus lobnak, mivel fel kell tennünk, hogy a mikrobák a hólyagsérülés kapuján hatoltak be, hacsak nem teszszük fel, hogy a cavum Retziiben ugyanazon ok folytán haematoma keletkezett, mely a mikrobák tanyája lett; de erre klinikai támaszunk nem volt.

A kimenetelt tekintve, meglepő a restitutio ad integrum, szétesés s zsugorító hegképződés híján, mi tekintettel az ureterek s az ondóhólyagok szomszédságára kellemetlen következményekkel járhat.

T Á R C Z A.

Markusovszky-féle egyetemi jubiláris előadások.

(IV. előadás 1903. márczius 4-dikén.)

(Eötvös-féle törvény. Kritikus hőmérsék. Folyadékok felületi feszültsége és molekula-súlyuk között való összefüggés. Elektrochemia. Faraday-féle törvény. Arrhenius-féle törvény. Elektrolytok. Ionok.)

Szerdán, márczius negyediken ismertette az Eötvös-féle törvényt. E végből előbb a kritikus hőmérsék fogalmával foglalkozott; ez azon hőmérsék, melyen a folyós és gázalakú halmazállapot egybefolyik. A kritikus hőmérsék minden illékony folyadékra fontos és jellemző adat.

A b. Eötvöstől 1885-ben felfedezett törvény a homogen folyadékok felületi feszültsége és molekula-súlyuk között való összefüggésre vonatkozik, röviden ekként formulázható: *különböző folyadékok felületi feszültségének és a molekula felületeinek szorzata, kritikus hőmérséküktől lefelé számított hőmérsékeken egyformán változik.* E törvény segítségével az úgynevezett capillaris állandó és a folyadék fajsúlyának észleléséből a homogen folyadékok molekula-súlyát lehet kiszámítani, minek nagy tudományos fontossága van. Egyes ú. n. anomal folyadékok, melynek a víz, az alkoholok és organikus savak e törvény alól kivételt képeznek. E kivételek tanulmányából kiderült, hogy az eltérés oka arra vezethető vissza, hogy ilyen folyadékoknak több molekulája van asszociálva. Így pl. a víz alacsony hőmérséken nagyobbbrészt kétakkora molekulából áll, mint magasabb hőmérséken. Ebből érthető a víz fizikai és chemiai sajátságainak rendellenessége, pl. egyenetlen kiterjedése stb., melyek a természetben fontos szerepűek.

Ezután előadó áttért az elektrochemiára. Megismertette kísérletekkel felvilágosítva az electrolysis Faraday-féle törvényeit, melyeknek értelmezésére fel kell tenni, hogy az elektrolytok ionokra vannak oldataikban disszociálva, azaz olyan két egyenértékű részre, melyek közül az egyik pozitív, a másik egyenlő mennyiségű negatív elektromossággal van megtöltve. E hypothesis újabb Arrhenius óda módosította, hogy az elektromos töltésű ionok nem az elektromos áram hatására, hanem már az elektrolyt oldásakor keletkeznek. Ez ionok az oldatban mint önálló ion-molekulák szerepelnek. Ebből érthető, miért képeznek az elektrolytok oldatai látszólag kivételt az osmosis törvénye alól. Arrhenius feltevésével e kivételek eltűnnek és annak következményeit eddig minden megvizsgált esetben mennyiségi szigorral igazolták a megfigyelések.

Levél Németországból. Benyomások egy budapesti orvosi tudósító Berlinben megjelent levelére.

Tekintetes szerkesztőség! Nem tudom, helyet ad-e jelen soraimnak. Kérem rá, nagyon szépen, hogy tegye meg.¹

¹ Adjuk e levelet figyelmeztetésül és okulásul arra, hogy külföldi lapok hazai orvosi tudósítói — esetleges elégedetlen kedélyhangulatuk daczára is — óvatosabb parafrasisokkal ismertessék a nekik nem tetsző hazai orvosi viszonyokat, a melyek bizonyára semmivel sem rosszabbak más országok hasonló viszonyainál.

A szerkesztőség.

Sugár Márton dr. collega úr levele külföldön utaztamban akként jutott kezembe, hogy egyik ide való — Németország nyugati szélén, a Rajna mentén élő — nagy "capacitás elszörnyedve tesz rá figyelmessé s a lapot is átszolgáltatja. Ironikus mosoly is volt jókora mennyiségben abban az őszinte elszörnyűködésben, pedig az illető már itt nagynevű atya révén is mai sok kapacitásunk atyjával volt összeköttetésben s mai neves orvosaink többjét személyesen ismeri s szereti, a mint szereti a magyart, becsüli is, elismeréssel szól sokak működéséről. (Högyes, Schwartzert Ottó atya, Moravesik, stb.)

Szóval szeret s becsül minket, szereti a mi élénkiségünket s nagy örömmel hallotta tőlem, hogy fővárosunk ugyanesak magyaros élénkséggel lendült fel, a vidék is fejlődött szépen, mert ő 1872-ben járván Pesten, kis városkát talált akkoriban s ilyet képzelt ma is.

Ez az ember olynemű beszélgetések után, melyekben a magyar minden téren való óriási s elvitázhatatlan haladásáról hall tőlem, szinte szégyenemre adja kezembe a *D. Med. Wochenschrift* 1903. 7. számában foglalt levelet. "Lesen Sie" — úgymond — "Herr Doktor!"

Azt is előre kell bocsátanom, hogy nem akarok vitába elegyedni e pár sorommal s hogy Sugár dr. úr sorait legelőbb én első sorban a tiszta, becsületes hazafiság szempontjából tartom tökéletesen helytelennek. E szempontból meg kellett írnom e pár sort s védenem egy kissé azt a "trauriges Land"-ot, a melynek közegészségügye belügyi ministeriumában "laikus jogász" kezekbe van létéve; Chyzer Kornélnek "mangelt das Recht der Executive!" Jó még, hogy Chyzer tanácsos nem állíttatik laikusnak s elismerés szól mégis az ő működéséről. Csakhogy ő nem hajthat mindent végre, a mit akar, a laikus jogász feljebbvalók miatt, bár ő a közegészségügy főnöke, s sok is történik alatta, mégis "in diesen trostlosen Umständen" ki nem viheti terveit (!).

Már kérem, felfogásom szerint nem való a külföld legelőkelőbb lapjaiban folytatni a jajveszékelést nagy nyomorúságunk felett! Tévesztett, céltalan, haszontalan s hazafiatlan dolog bárkitől, a legnagyobbtól ép úgy, mint a legkisebbtől, vagy Sugár K. Márton dr. úrnól.

Kezd külföldön kissé ismeretessé lenni az a mi "notorisch arm" Budapestünk az országgal együtt, a mely fővárosa "eines wirklich verarmten Volkes", egy igazán elszegényedett népnek (!).

Nagy nehezen elértük, hogy az az abszurd, s minden közjogi állapotunkat pofonító nagy esemő tévhit Ausztriával való unionkról eltűnt, sokan járkák gyönyörű fővárosunkat, mely friss, harmatos, tiszta, mint a reggeli harmatos fűszál, járkák országunkat, dicsérik, szeretik, s előállunk, hogy micsoda semmik vagyunk mégis! Micsoda tarthatatlanok anyagi viszonyaink, sőt a "tristen Erwerbsverhältnisse haben natürlich einen hemmenden Einfluss auf die Wissenschaft." Mintha csak valamelyik lapnak sopánkodó cikkét olvasnám, a melyet a világon egyetlen szaklap alig mutathat fel, a melyeknek megírásában, kifogástalan megstylizálásában nagyok vagyunk — van is tán rá okunk —, de tagadom, hogy jogos, helyes legyen olyan cikket dobni Németország legelső lapjainak egyikébe, mert semmi célja, s így csak arra való, hogy még ezirrább fogalmakat szerezzen magának a nagy német rólunk, mikor már-már emelkedik az ország, ipara, kereskedelme javul, közegészségügye terén óriási a haladás, viszonyítva csak az ép mult évekhez is!

Hazafiatlan dolgot cselekedett Sugár úr levelével, megütközést keltett, s fejesóválást, mert minden népnél szegényebbnek éppen nem tartják hál' Istennek az országot. Nem is tarthatják, bárha kétségtelen a pangás országunkban, de másutt is.

Számolta volna el Sugár collega úr azokat a haladásra valló, a haladás minden jelét mutató vívmányokat, melyek rendezetlen közegészségügyünket fejlesztik; persze, mert szakmám, nőorvos lévén, mindjárt a bábaugygyel foglalkozom: czédulás baba nem lesz ma-holnap, hanem igenis cursusokban képzett másodrendű, iskolákban 1/2 éven át képzett elsőrendű bábák; sorolja fel, hogy hány szép bábaintézet van ebben az országban olyan, mely hasonlíthatatlan a külföld e nemű intézeteinek akárhány ódi, fakult építményéhez. En — kissé lelkesebb lévén s hazafiasabb is — rámutattam volna arra is, hogy itt sem akarunk megállni, nem sok számú éven belül csupa és számtalan elsőrendű intézetet akarunk, s hogy ezt elérjük, azt számos adattal tudtam volna bizonyítani is. Itt nem csak iniciatívákról szólhatott volna, a melyeket megtesz a belügyi egészségügyi osztály főnöke, ki Sugár dr. úr szerint csak kezdeményez, kezdeményez s azután agyonütik terveit a laikusok, a jogászok.

Sőt színeztem volna e dolgot; 2 ministerium is foglalkozik ez ügygyel stb.

A tuberculosis-ra is czélzott Sugár dr. úr! Milyen szépen megírhatta volna, ha magyar ember volna, hogy van sanatorium-egyesületünk s társadalom, kormány vállvetve működik, hogy, igaz ma még egyetlen, sanatoriumunk minél több társat kapjon. S a ki így ír, nem hazudik, nem is szépi a dolgot, hanem hazafiasan gondolkodik, s megírja a valóságot, a mivel használ ennek az országnak.

Hogy kiemeltém volna én azt a kiállítást, melyet Elischer professzorék rendeztek! S hazudtam volna, ha antique 100—200 ezer forintos képekről beszélek, mikor egyik ilyen kép tulajdonosa személyesen jó barátom? E helyen rászóltam volna jó nagyon a fő- és szék-város művelt közönségére, mely oly buzgósággal látogatta a szövetség kiállítását, hogy csak annyi korona jövedelem volt, a mennyi kevés számú volt. De a világért sem hagytam volna el, hogy csudájára jártak külföldiek is.

Sok régi dologra való czélzás — közegészségügyi ministerség — helyett feltétlenül kiemeltém volna, hazafias, azért a kis darab földért lelkesedő szívvel büszkén mutatva rá az új beszéti, 2 nőorvoslási

klínikára, el nem mulasztottam volna felemlíteni, hogy az innen visszakapott Lenhossék meg Thanhoffer — jól ismert nevek külföldön — oly anatómiai intézetben működnek, a melynek ama klinikákkal együtt párja nincs a külföldön sem közel, sem távol.

Kérem annyi szépet lehet írni Magyarországról! Én is szídtam a magyart egykor, hogy „ez csak nálunk van így vagy amúgy”; uram: nem esünk oly távol Európától, a mi viszonyaink nem is oly rosszak, hasonló a mi világunk e világhoz itt, itt is van akkora nyomorúság, hogy sirhat a jólelkű ember bőségeset, ha pl. a Rajna-menti gyárak hihetetlen proletariátusát látja. Erre éppen orvos figyelmeztetett, egyik Rajna-menti nagy város szemspecialistája, ki megígérte nekem, hogy felkeresi fővárosunkat — Bécsét akarván csak megismerni —, ha ugyan a D. m. W. illető száma vissza nem tartja!

Engedjen meg Sugár igen t. collega úr egy példát. Ha X. valaki nyomorog, nem vesz nagy dobót a nyakába s nem dobolja ki az utcáskor: „jaj nekem, éhen halok, segítsetek”. Előbb elfut az apjához, testvéreire, mindenüvé, ki csak törődik vele s így keres segítséget. Kap is sokszor; ha nem kap, még akkor sem dobol az utcáskor, hanem hallgatva türi sorát: hisz az utca hitvány népe tán kárörvendve néz reá, s legfeljebb csak szánja. A szánattatás, oh, az fájdalmas dolog! Rosszabb a nyomorúságok nyomorúságánál.

Bocsásson meg Sugár dr. úr! Nem ismerem, becsülöm ismeretlen személyét nagyon. Világért sem akartam bántani, de cikkét, levelét elhibáztam, kell tartanom a hazafiság szempontjából még akkor is, ha csak magam maradok e vélekedéssel!

Csikó János dr.

A dermatologia helyzete az egyetemi oktatásnál a gyakorlati orvoscépzés szempontjából.

(Vége.)

Hány tüdősyphilisben elhalt egyén növeli évenként a tüdővészben elhaltak halálozási statisztikáját, a kiket, ha a baj felismerttetett volna, könnyű szerrel meg lehetett volna menteni az életnek.

Füldőorvosi gyakorlatomból még több ilyen félreismerett syphilis esetet tudnék felsorolni.

Egy másik példa: A fiatal férj nagy bosszúságára éppen a mézes hetek kezdetén veszi észre, hogy egyik heréje lassan dagadni kezd és csakhamar tetemes nagyságot ér el; a sebész nem sokat tekintőzik, hanem kiveszi a beteg herét. Csak azután sül ki a górcsói vizsgálatnál, hogy a baj nem gümő, hanem syphiloma, a mit a beteg természetesen nem tud meg. Alig pár hónap múlva azonban a még megmaradt másik here is hasonló elváltozáson készül keresztülmenni; a pátienst most valószínűleg azon ellenmondást nem tűrő okoskodás által vezetve, hogy ha másik heréjét is kiveszik, csődöt mond a férj kötelesség teljesítése, ezáltal nem a sebészt, hanem a dermatológust keresi fel, annál is inkább, mert lelkiismerete sem egészen tiszta.

Erélyes specifikus gyógykezelésre pár hét alatt teljes gyógyulás áll be.

Ismét egy másik eset: 50 éves orvos azt veszi észre, hogy jobb manduláján, a mely erősen megduzzadt, egy fekély keletkezik, ugyanakkor az ugyanazon oldali állalatti mirigyek hatalmasan megnagyobbodnak; a sebész — egyik legjobb nevű német specialista — azon hiedelemben, hogy rosszindulatú álképlettel van dolga, gyökeres műtétet végez; a górcsói vizsgálat syphilises sclerosist derített ki, ám a beteg pár napra a műtét után következményes tüdőlobban elhal. Pedig a beteg a műtét előtt óvatosságból egy ideig jodkalit is kapott eredmény nélkül. Arra persze a nem dermatologus nem gondolt, hogy a jodkali csak a késői syphilisnél hat, a sclerosisra annak semmi hatása.

Hány gummosos bőrfekély és syphilises csontbántalom vagy izületi bántalom lesz sebészileg kezelve, kiégetve, kikaparva, mert a kórisme nem lesz helyesen megállapítva.

Hát még a gyakorló orvosnak milyen nagy szüksége van arra, hogy a dermatológiában otthonos legyen? Nem hiszem, hogy akadna orvos, a ki, ha egyetemi tanulmányai alkalmával nem foglalkozott behatóbban a dermatológiával, kikerülve az életbe, először is nem ennek a hiányát érezné a legsürgősebben. Mert a súlyosabb belgyógyászati vagy sebészeti esetben a házi orvos, ha nincs az esettel teljesen tisztában, önmaga kéri ki a szakmában esetleg jártasabb kartársa tanácsát; a szemészettel aránylag csak kevés gyakorló orvos foglalkozik behatóbban, a mit nyíltan be is vall, és így egészen természetes, hogy kissé komolyabb szembetegségnél is a szemorvos lesz consultálva. De hát egy kis jelentéktelen kankót vagy syphilist csak nem fóg a specialista utasítani, hisz ezeket mindenkinek kell tudni kezelni, hasonlóképp a bőrbetegségeket is; hisz ott van az univerzális gyógyszer, a régi jó Hebra-kenőcs, a mi mindenre jó, vagy ha nem használ, legalább nem is árt!

Mintha ezeknek a betegségeknek terén való otthonosság elsajátítása nem éppen oly hosszas és fáradságos előtanulmányokat igényelne, mint a többi klinikai szakmáké!

A különbség csak az, hogy itt az orvosi tévedés és ignorantia szomorú következményei rendszeren csak hosszú idő múlva jelentkeznek, mi által az orvosi felelősség természetesen jelentékenyen csökken vagy teljesen el is enyészik.

Elvégi a fiatal orvos tanulmányait, megszerezte magának a műtői oklevelet is, foglalkozott a szülészettel, esetleg gyermekgyógyászattal is, egy pár évet töltött valamely kórodán vagy kórházi osztályon, különösen a belgyógyászati vagy sebészeti, szép készültséget viz-

tehat magával az életbe, csak a dermatológiával nem volt alkalma a legjobb akarat mellett sem foglalkozni. Alig telepszik meg, jön az első kankós beteg.

Az orvos, kinek a kankó ellen az egész armariuma egy kankófecskendő és egy zincum sulfuricum recept, előírja azt, vagy ha az általános orvosi irodalmat figyelemmel kíséri, valamely újabb antiseptikus szert és ellátja a beteget a szükséges utasításokkal. Csakhamar azonban ismét megjelen a beteg; kínzó és fájdalmas gyakori vizeleti ingerről panaszkodik, vizelet mind a két részletben erősen zavaros, nyilván „hólyaghurut” állott elő. Hogy semmi más nem történt, mint hogy a gonococcusok átvándoroltak a compressoron keresztül a hátulsó húgycsőbe és egy heveny hátsó húgycsőkankó állott elő, arról az orvosnak fogalma sincsen, hiszen talán azt sem tudja, hogy mi az a hátsó húgycső, mert azt a bonctanban nem tanulta. A helyi kezelés természetesen be lesz szüntetve, holott a dolog rendje éppen az ellenkező lenne, hogy tudniillik most már a hátsó húgycsövet is kezelni kell. Egy szép reggelen azután a beteg arra ébred, hogy a kankóhoz melléherelob társult. Nosza elő a jégzacskóval, a mely addig lesz applikálva, míg a lobos beszűrődés kökeménységű nem lesz, úgy hogy soha többé nem szívódik fel és az illető here esetleg a beteg egész életére működésképtelenné válik.

A ki nem foglalkozott közelebből e dolgokkal, nem is sejti, hogy mily nagy szerepe van a jégzacskónak és a kankós melléherelob hiányos kezelésének a férfi-sterilitás előidőzésében. A kankó azonban természetesen a melléherelob lezajlása után is megmarad (ha ugyan, a mi ritka eset, magától meg nem gyógyul, illetőleg a gonococcusok éppen a szövödmények következtében el nem pusztulnak) és lassanként átmeleg az idült stadiumba, kitévén a beteget az idült kankó összes veszedelmeinek.

Hogy ez a rendes eset, bizonyítéka az idült kankóban szenvedő betegek legioja.

Ilyen körülmények között nem csoda, ha lassanként a publikum körében is szálló igévé válik, hogy a kankót nem érdemes gyógykezelni, hisz az orvos úgy sem tudja azt meggyógyítani. Pedig a kankót nem olyan nehéz észszerűen gyógykezelni és szakavatott orvosi segítség mellett igazán kivétel az a gonorrhoea, a mely a heveny stadiumban meg nem gyógyul és az sem az orvos, hanem rendszeren a beteg hibája; ám ehhez szükséges, hogy az orvos a kankós folyamat lényegével tisztában legyen; azt pedig sem a belgyógyászati, sem a sebészeti előadások alkalmával el nem sajátíthatja.

Hogy oly sok fiatal ember nősül meg idült, de még mindig fertőző kankójával és viszi be azt a családba, szerencsétlenül, egész életére nyomorékká teszi feleségét, annak jórészt szintén csak az orvos hiányos dermatologiai kiképzése az oka.

Hogy milyen téves és veszedelmes felfogás uralkodik a kankó természetén és fontosságán felől az orvosok egy részénél még manapság is, azt igen élénken illusztrálja egy eset, melyet közelebből volt alkalmam észlelni. Nem régebben egy fiatal collega vétette fel magát kóródárra. Az illető, a ki már körülbelül 6 év óta gyakorló orvos, előadja, hogy felvétele előtt pár héttel kankót acquirált, a legelső életében!

Helybeli kezelést nem mert alkalmazni, mert úgy tudta, hogy az ártalmas (!), hanem azonnal, mihelyt észrevette a megbetegedést, ágyba fektült. Összesen két ízben alkalmazott a mellősi húgycsőbe gyanget kalium permanganat-oldattal befecskendezést, miután azonban fájdalmas volt, azt is abbahagyta. Az ágynyugalom és szigorú diéta (mert azt is betartotta) harmadik hetében azonban egyszerre lázaktól kísért erős fájdalmak léptek fel a végbéltáján, a melyek rohamosan fokozódtak és a beteget végre is a kóródára jönni kényszerítették. Felvételkor a súlyos beteg képét mutató collega megvizsgálása alkalmával kitűnt, hogy egy súlyos parenchymatosus genyendő prostatolob, tehát valóban életveszélyes megbetegedés lépett fel nála; a tályog szerencsére már az első vizsgálat alkalmával a húgycsőbe tört át, úgy hogy a beteg aránylag könnyű szerrel szabadult meg a nagyobb veszedelemtől.

Ez az eset egyszersmind bizonyítéka annak is, hogy a tisztán diatetikus, hygienikus eljárás a kankónál egymagában milyen keveset ér.

Hát még a syphilis gyógyításánál mily gyakran követtetnek el hibák és hányan esnek a hiányos specialis orvosi kiképzésnek áldozatul. Mintha ennek az oly fontos megbetegedésnek, a melynél fontosabbat igazán alig ismerünk, mely oly sokféle alakban és változatban jelenik meg, csak kissé tüzetesebb ismerete is nem igényelne hónapokig és még tovább tartó gondos klinikai előtanulmányokat. Hiszen mi specialisták is, a kik egész életünket eme betegség tanulmányozásának szenteljük, mely sokszor vagyunk meglepetve annak igazán proteusszerű megjelene és lefolyása által. Mert az a gyakorló orvos — és azt kell mondani, hogy az orvosi kiképzés mai rendszere mellett, sajnos, ez a nagyobbik rész —, a ki egyetemi tanulmányai alatt csak véletlenül látott más kóródákon egy pár syphilis esetet, azt hiszi, hogy ha syphilisben szenvedő betegével elvégeztetett egy bedörzsölési vagy más higany gyógymódot és a betegség látható tünetei ad hoc visszafejlődtek, hogy akkor dolgát jól végezte. Pedig e között és a syphilis rationalis gyógykezelése között mily óriási a különbség!

Ma már általánosan elfogadott tény, hogy súlyosabb, tertiaer syphilis-alakok majdnem kivétel nélkül csak kezdetben éppen nem kezelt vagy elhanyagolt syphilis-infectiók nyomán lépnek fel, hogy a tertiaerismuss fellépésének a legfőbb oka a korai időszak higanyos gyógykezelésének az elhanyagolásában rejlik. Vajjon lenne-e olyan sok tertiaer syphilis, szaporodnának-e folyton a tabes, paralysis progressiva,

az agysyphilis, a súlyos csont- és zsigeri syphilis esetei, ha az orvosok nagy része tudatában lenne annak, hogy mit jelent a syphilis nemcsak kezelni, hanem meg is gyógyítani? És vajon találkozunk-e oly gyakran a herédosyphilissel, ha az orvosok nagy zöme syphilises betegének nem idő előtt engedné meg a nősülést?

Hát a tulajdonképeni bőrbántalmak terén nem szükséges-e a gyakorló orvosnak legalább némileg otthonosnak lenni? Mily végzetes következményei lehetnek itt is az orvosi ignoranciának!

Egy fiatal leánykához hívják a szülők az orvost, mert arcán egy makacs bőrküteg jelentkezik. A szakértő dermatologus az első pillanatra felismerné a sajátságos köles- vagy kendermagnyi, sárgás színű, a bőrbe mintegy beágyazott gőbcsékről, hogy egy kezdődő lupus van jelen. Lehet-e azonban az orvosi kiképzés mai rendszere mellett azt kívánni a nem specialista orvostól, hogy azt ő is felismerje? Mi sem természetesebb tehát, mint hogy ő egyszerű eczemát fog kóriszni, és valamely indifferens kenőcsöt vagy pastát rendel, mely alatt azonban a baj lassan, de biztosan tovább terjed, úgy hogy mire az orvos is gondol arra az eshetőségre, hogy itt valamely más, komolyabb bőrbántalom van kifejlődőben, már esetleg késő, a rettenetes betegség annyira befészkelte magát, hogy vagy éppen nem, vagy csak nehezen lesz gyógyítható, és akkor is maradandó eltorzítást hagy maga után.

És esoda-e, hogy a dermatologiai ismeretek hiányos volta mellett oly sok bőrbántalom lesz syphilisnek tartva és gyógykezelve és viszont.

Hány *psoriasis vulgaris*-esetet láttam és kezeltem, a melyet előbb syphilisnek tartottak. Gyógyítottam egy beteget — ügyvéd egy nagyobb vidéki városban, tehát művelt, intelligens ember —, a ki az arezon és kézfejen localizálódó, folyton — évenként 3–4 ízben — recidiváló *erythema exsudativum multiforme*-ben szenvedett, és a ki 4 teljes évig lett syphilis ellen kezelve, és majdnem folytonosan higanyval tractálva! Csoda-e, ha a szegény beteg, a midőn kijelentem, hogy baja nem syphilis, azt hitte, hogy gúnyt űzők belőle, és sehogy sem akart hitelt adni szavaimnak. De uralom, mondá, hogy ne lenne a baj syphilis, a mikor a higany mindig használt; alig kezdtem meg a bedörzsöléseket, egy-két hétre rá elmúlt a küteg. De vajon próbálta-e egyszer megvárni azt, hogy nem mulik-e el a küteg higanykúra nélkül is? Kérdem tőle. Nagy álmélkodással vallotta meg, hogy ez orvosának soha eszébe nem jutott. No hát ez egyszer próbálja meg, mondtam. Képzelve el valaki ennek a szegény embernek boldogságát, midőn pár hét múlva be kellett látnia, hogy a küteg, miután magától is elmúlt, nem volt syphilis.

Hát még a súlyosabb, ritkább dermatosisek, a melyeket a syphilistől sokszor a gyakorlott szem is csak nehezen képes megkülönböztetni! Ilyen pl. a *lichen ruber*. Pár év előtt egy vidéki collega, egy nagyobb állami kórház igazgatója küldött el hozzám jogász fiát, a ki egy makacs „syphilises” bőrbántalomban szenved, a melyet apja már hónapok óta eredmény nélkül gyógyított higanyval. A fiúnak tipikus *lichen ruber* volt; pár hónapi arsen-gyógykezelés teljes gyógyulást eredményezett.

* * *

De hát lehet-e ez másképp? Eddig a gyakorló orvos elvégezhetette összes tanulmányait, és a legtöbbször el is végezte, a nélkül, hogy bőr- és bujakórtant hallgatott volna; hallotta ugyan klinikai tanulmányai alkalmával, hogy a syphilis higanyval szokás kezelni, látott bizonyára egy pár syphilis-esetet is, megtanulta, hogy a kankó legjobb orvossága a nyugalom, diaeta és esetleg a *zincum sulfuricum*; a sebészi osztályon azután láthatta, hogy a syphilis mily sokszor okoz csontelhalást, a kankó meg szűkületet, de mélyebb betekintést eme betegségek lényegébe nem nyerhetett. A fontosabb bőrbántalmakról nem is szólva, mert azoknak legnagyobb részét nem is láthatta.

De még ha salválni akarta lelkiismeretét, hallgatott egy specialis curzust valamelyik magántanártól (mert hisz a bőrgyógyászatnak nincsen rendes tanára és klinikája a budapesti egyetemen; hogy a kolozsvárin van, az tisztán véletlen és csak annak tudható be, hogy a midőn az egyetem megalapítatott, át kellett venni a klinikai helyiségeket szolgáló Karolina-kórház bőr- és bujakórtani osztályát és így tanszéket is kellett hozzá creálni); hallgatott tehát bőr- és bujakórtant hetenként 2–3 órában egy félévén át. Ott bizonyára tanulhatott és ha akart, tanult is nagyon sokat, ám hetenként 2–3 óra egy semestereken át, mi az egy oly óriási terjedelmű disciplinánál, mint a bőr- és bujakórtan? Bátran mondhatni, hogy nem sokkal több a semminél.

De két év óta új orvosdoktori tanulmányi és szigorlati rend léptetett életbe egyetemünkön és azt kellene gondolni, hogy a szóban forgó kérdésre nézve ez nagy haladást jelent.

Haladást mindenestre, a mennyiben az új rendszer legalább ismeri a dermatológiát mint önálló tudományzszakot, míg a régi azt egyszerűen nem létezőnek tekintette, az neki — hogy *Kaposi* szavaival éljek — Hekuba volt.

Tagadhatatlan, hogy ezt is öröndetes tényként kell regisztrálni, mert azt jelenti, hogy a jég már meg van törve.

Ha azonban azt kérjük, hogy kielégítő-e az egyetemi oktatás és különösen a *gyakorlati orvoscikézés* szempontjából az új szigorlati szabályrendeletnek a dermatológiára vonatkozó határozmányai, úgy — sajnos — csak határozott „nem”-mel lehet felelni.

Pedig az új szigorlati rendszer éppen a gyakorlati orvoscikézésre volt tekintettel; ezt találjuk a szabályrendeletben mindenütt hangsúlyozva, ezt célozza a kötelező kórházi gyakorlati év behozatala is.

Az új szigorlati szabályzat szerint az orvostanhallgató köteles a

bőr- és bujakórtant egy félévén keresztül hallgatni, hetenként legalább is 3 órában. Ugyanesez szigorlati tárgyat is rendeli a szabályzat azt, mint vendégtárgyat a gyermekgyógyászattal és elmekórtannal együtt váltakozva.

De hát lehet-e még ezen minden harmadik orvostanhallgatótól is sokat kívánni ezen a szigorlaton? Hisz előbb fejtegettem, hogy hetenként 3 óra, egy semestereken át, egy olyan terjedelmes disciplinából nem sokkal ér többet a semminél.

És ugyanakkor, a midőn a dermatologia egy félévben hetenként 3 órát kapott, megszorították a sebészeti klinikum eddigi 30 óráját még 10 és a szemészeti klinikum eddigi 10 óráját szintén 10 órával. Azt hiszem, tisztelt sebész és szemész kartársaim, maguk is meg voltak lepelve e nem várt áldásom, a mely az ölkébe hullott.

Tették volna a dermatológiát rendes szigorlati tárggyá és adtak volna neki két félévén át heti 5–5 órát, úgy legalább megkapta volna azt a minimumot, a melyet a tárgy terjedelme és fontossága egyaránt megkívánnak, és e mellett a belgyógyászat 40, sebészet 30 vagy 35 és a szemészet 15 órájával szemben még mindig e léggé kifejezésre juthatott volna a dermatologia inferioritása!

Mert ezen túlságos óramegszaporításoknak még az a hátránya is van, hogy az orvostanhallgató most már ha akarna sem igen fogja hallgatni a dermatológiát még egy második félévben is, hacsak azt nem akarja, hogy nagyon is túl legyen terhelve órákkal.

Ha az illetékes tényezők az új szigorlati szabályrendelet kidolgozása alkalmával a gyakorló orvosokat is megkérdezték volna, vajjon tényleg érzik-e az életben a dermatológiás kiképzés hiányát, úgy bizonyosan nem részült volna a dermatologia oly mostoha elbánásban, mert az, a mit az új szigorlati szabályzat annak nyújtott, bizony alig több az alamizsnánál.

Előre is látom, hogy mily támadásoknak leszek ezen kis filippikáért nem dermatologus társaim részéről kitéve; szememre fogják vetni — és talán nemcsak nekem, de az összes dermatologusoknak is —, hogy szerénytelenek vagyunk, hogy most, a midőn immáron a dermatologia is polgárjogot nyert az orvosi tudományok sorában az egyetemi oktatásnál, nem elégszünk meg a nekünk nyújtott kisujjal, hogy kezdünk túltengeni, stb.

Nem, tisztelt uraim, a mikor mi dermatologusok mindig erősebb hangon követeljük, hogy adják meg a dermatológiának az őt megillető helyet az egyetemi oktatásnál is, korántsem *pro domo* beszélünk. A népegészség és a közjó lebeg első sorban szemünk előtt.

Azok a betegségek, a melyek a dermatologus hatáskörébe tartoznak, nemcsak a nép egészsége, jóléte szempontjából, hanem társadalmi, nemzetgazdasági szempontból is a lehető legfontosabbak. A venereás bántalmak folyton terjednek és mind nagyobb pusztításokat okoznak; hogy a prostitutio ellenőrzésének jelenlegi rendszerei oly minimális közegészségi haszonnal járnak, a mely egyáltalában nem éri fel azt a sok morális kárt és hátrányt, melylyel az ellenőrzés különben jár, azt ma már a legtöbb reglementista is elismeri, úgy szintén azt is, hogy az egyedüli s legjobb mód a venereás bántalmak terjedésének megszorítására 1. azok intensív, helyes gyógykezelésében és 2. abban rejlik, hogy világosítsuk fel a laikus közönséget azokról a veszedelemekről, a melyeket a venereás bántalmak és a prostitutio terjesztenek maguk körül; tanítsuk ki arra, hogy a nemi dolgokban való okos mértékletesség a legjobb prophylacticum, szóval tanítsuk ki arra, hogy venereus bántalmak ellen a legfontosabb óvószér, ha mindenki önmagát óvja a fertőzéstől.

Bizonyos jóleső érzéssel mondhatom, hogy ezek az elvek, a melyeket én is mint a reglementisták közül az első egyike már régebben fejtegettem úgy itthon,¹ mint külföldi szaklapokban,² lassanként a köztudatba is átmennek, legalább a mult évi brüsszeli II-dik conferentia tárgyalásai ezt bizonyítják.

De mind a két pont a lehető legszorosabb összefüggében van az *orvosi kiképzés reformjával*.

Nem szükséges és nem is intendáljuk mi, hogy minden gyakorló orvos képzett dermatologus is legyen, de a míg az egyetemi oktatás rendszere — nemcsak nálunk, de másutt is — olyan, hogy az életbe kikerülő fiatal orvos nem sajátíthatja el magának egyetemi tanulmányai alkalmával olyan mértékben a dermatologiai klinikai ismereteket, a mely szükséges ahhoz, miszerint orvosi gondolkozása annyira ki legyen fejlesztve, hogy nemcsak a mindennapi, hanem a ritkább esetekben is kiismerje magát; a míg nem lesz minden, az egyetemről kikerülő fiatal orvos áthatva annak a feladatnak a nagyságától, a mely e tekintetben minden orvosra vár: addig nem is lehet remélni, hogy sikerrel vesszük fel a küzdelmet ama veszedelem ellen, a mely a venereus bántalmak révén a társadalmat fenyegeti.

De ez az idő el fog következni és biztosan hisszük, meglehetősen hamar el fog következni, mert rá fogja vezetni erre az illetékes tényezőket a legjobb iskola: az élet!

Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanár.

¹ A venereás bántalmak prophylaxisáról. Orvosi Hetilap. 1901. 5–6. sz.

² Reflexionen über die Prophylaxe der venerischen Erkrankungen. Münch. med. Wochenschrift. 1901. 21. sz.

³ Ist die Gonorrhoe der Prostituirten heilbar? Berliner klinische Wochenschrift. 1902. 15. sz.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A hasi hagymáz gyógykezeléséről.

Közli: Nagy Pál dr.

(Folytatás.)

Jez: Über Typhusbehandlung mit Antityphusextr. Wiener med. W. 1899. — Jez und Kluk-Kluczycki: Zur Therapie des Abdominaltyphus mit Jez's Antityphusextract. Wiener kl. W. 1901. — Juhel Rénoy: Traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide. Gaz. des Hôp. 1892. — Keen: Behandlung der typhösen Darmperforation. Allg. med. Central-Zeitung. 1901. 74. sz. — Kennedy: Laparatomie bei perforirtem Typhusgeschwür. Münch. med. W. 1899. — King E.: Further report of the cases of typhoid fever treated by the chlorin-quinin solution, recommended by J. Burney Yeo of London. Philad. med. News. 66. kötet, 1895. — Klein E.: Zur Behandlung des Typhus abdom. W. med. W. 1901. — Klemperer und Levy: Über Typhusheilverum. Berlin. klin. W. 1895. — Klietsch: Beitrag zur Aetiologie u. Therapie des Typh. abdom. Münch. med. W. 1892. — Kobler G.: Zur Wasserbehandlung des Ileotyphus. Wiener med. Presse. 1900. — Kraus und Buswell: Über die Behandlung des Typhus abdom. mit abgetödteten Pyocyaneusculturen. Wien. kl. W. 1894. — Ladyschensky: Behandlung des Abdominaltyphus. Ther. d. Gegenwart, 1901. — Leduc: Badigeonnages de guaiacol contre la fièvre typhoïde hyperpyrétique. Arch. prov. de méd. 1899. — Lejars: Über Perforation von Darmgeschwüren beim Typhus. Ref. Wiener kl. W. 1901. — Lemoine: Behandlung des Abdominaltyphus. Medico. 1901. 43. sz. — Lépine: Traitement de la fièvre typhoïde par le bain froid. Semaine méd. 1892. — Lorauchet: De l'emploi du sublimé dans le traitement interne des fièvres typhoïdes. Gaz. hebdom. 1893. — Mc Aulay: Report on the cases of typhoid fever treated in the Royal Victoria Hospital. Montreal med. journ. 1902. április. — Maillart: Étude sur le traitement de fièvre typhoïde par l'eau ingérée en abondance. Revue de méd. 1894. — Manger: La perforation intestinale typhique. Gazette hebdomadaire, 1901. 104. sz.

Canton általában jobb eredményt ért el a fertőztelenítő kezeléssel, mint a várakozó kezelésmóddal. Hiller a bél bakteriumait ortho-, para- és metakresol keverékkel akarja elpusztítani. E szereket zsíros olajjal s gyantaszappannal keverve, gelatina capsulában adja. A lúgos vegyhatású beltartalommal a kresolok az olajjal a szappan hatása mellett fejetet képeznek, mi a bakteriumokat erősen megtámadja. Eme enterokresol capsulákat Kölsch 12 betegnél alkalmazta elég jó eredménnyel. Ha az első héten kezdte a kresol adagolását, a betegség gyorsabban s enyhébben folyt le.

Ugyancsak a bélhuzam fertőtlenítését czélozva, megkísérelték a guajacolt is. Hölscher közlése szerint 100 beteg közül, kiknek naponként kétszer adott belsőleg 1–2 gm. guajacol-carbonatot, három halt meg. A bélhuzamban lehasadó guajacol gyorsan szüntette a bélrohadást. A közérzet javult, a betegség tartama megrövidült, különösen, ha korán kezdte a guajacol-carbonat adagolását.

Hull 19 betegnél két óránként $\frac{1}{2}$ – $1\frac{1}{2}$ gr. quajacolt adott belsőleg. E mellett hőcsökkenés czéljából külsőleg guajacol ecsetelést is alkalmazott. Rossz mellékhatást nem észlelt.

Da Costa, Cormick és Leduc 20–40 csepp guajacolt ecseteltek a mell- s hasbőrre. Az ecseteléstől mindig beállt hőcsökkenés, mely néhány óráig tartott. Rossz mellékhatást (nephritis) nem tapasztaltak.

A belsőleg alkalmazott chloroformtól vár bakteriumölő hatást Stepp. Betegéinél három részben adott 1 gm.-nyi napi adagtól nagy hőcsökkenések álltak be, a sensorium igen javult. Jaksch klinikáján Palma 55 beteget kezelt a Stepp ajánlotta chloroformmal.

Daczára a csekély számú halálesetnek (1.8%) nem tulajdonít a chloroform-kezelésnek különös gyógyító hatást. Nem látott hőcsökkenést, complicatio, recidiva beálltát a szer nem akadályozta meg. Werner 56 betegnél alkalmazott 1–2 óránként 1–2 evőkanálnyi 1%-os chloroform-oldatot. Egy beteg sem halt meg, a lefolyás enyhe volt. Stiwerzew 25 typhus-beteget kezelt 1%-os chloroformvízzel (2 óránként 1 kávéskanálnyi). A láz átlag 18 napig tartott. Betegéi közül 12% halt el. Quill chloroformot carbolsavval alkalmazott jó eredménnyel.

Naphthalintól, mint béllantisepticumtól, jó hatást látott Schrwald és Wolff. Utóbbinak 100 naphthalinnal kezelt betege közül 10 meghalt. Michell Clarke β naphthol ad naponként 2.5 gm.-nyi adagban. A betegség lefolyását enyhébbnek s rövidebbnek találta. β naphthol helyett α naphthol ajánl Teissier. Közléséből nehéz é szer hatását megítélni, mert α naphthol mellett bismuthum salicylicumot s chininum sulfuricumot is adott. Thacker carbolsavat alkalmazott belsőleg 79 betegnél, kik közül 11 halt meg. Semmola a Cantani ajánlotta carbolsav-klysmás abortív kezelés ellen szol. Nem látja beigazoltnak, hogy a carbolsav oly adagban, mely a szervezetre nézve még nem káros, elpusztíthatná a bél bakteriumait.

Hosszú idő óta jó eredménnyel alkalmazza a terpentin-olajat Wood. A terpentint emulsióban a betegség második hetének végén kezdi adagolni 2 óránként 10–15 cseppnyi adagban. Ha a reconvalescentia kezdetén még jelentkezik hasmenés, akkor még folytatja a terpentin-olaj adagolását.

Solt ichtyolt ajánl belsőleg pilulában a 0.10 gm. 3–12-szer napjában. Wilson arsenit tart jó béllantisepticumnak.

Backhaus lehetségesnek tartja, hogy tannin-beöntések a bakteriumokozta mérgeket gyengítik. Betegéinél 2 liter 0.5%-os tannin-oldatot használ a beöntéshez. A hasmenések gyérebbek voltak.

Weill 1:10000–1:20000 sublimat-beöntéseket adott. Ugy hiszi, hogy a sublimat nélkül kezelt esetei súlyosabb lefolyásúak voltak s tovább tartottak. Woroschilsky 2 óránként adagolt 1.25 gm. sulfur depuratumtól enyhébb lefolyást észlelt.

Benedict A. L. állati szemet ajánl napjában 3-szor $\frac{1}{2}$ kávéskanállal. A betegek közérzete e kezelés mellett igen jó volt. Abban, hogy a vizeletben megszűnt az Ehrlich-féle reactio, bizonyítékát látja annak, hogy a rothadási termékek felszívódása meg van akadályozva.

Míg az orvosok egy része kutatja, hogy mily szerekek támahatjuk meg a kórokozót vagy annak káros terményeit, addig kialakul s a tapasztalat alapján mind szilárdabb alapon állva tört hódít az a gyógyeljárás, mely nem czélozza a kórokozó bakteriumok direct elpusztítását, hanem csak arra törekszik, hogy a szervezet sejtjeit erősítse a bakteriumok elleni harcban s hogy az ütközetben kimerülő szerveket újabb erőre serkentse. E czélt szolgálják a physikalis s diatésis gyógyeljárások. Oly bőséges tapasztalat bizonyít a hydrotherapiás gyógyeljárás fölénye mellett, hogy ma határozottan mondhatjuk a legczélsebb kezelésmódnak. A vízkezeléssel nemcsak a hőmérsék csökkenését czélozzuk, hanem megakadályozzuk vele a vasomotorok bennulását, miről Romberg és Pässler kimutatta, hogy a vérkeringés megszűnésének ez a tulajdonképeni oka. A hideg inger okozta mélyebb légvételek javítják a vérkeringést, jótékonyan befolyásolják a hörgőhurutot s megakadályozzák a hypostasist. Tapasztalati tény, hogy minden fűrésztés után lassúbb s teltebb a pulsus, a soporosus állapota enyhül vagy szűnik. Vízkezelés mellett ritkábban észlelhetők complicatiók a typhus lefolyásában. A hydrotherapia technikai alkalmazásában nincs még egyöntetű megállapodás. Sokan jónak találják a régi Brand-féle eljárást, mely abban áll, hogy a hányszor a typhusos beteg végbél-hőmérséklete 39.5°-ot elér, annyiszor $\frac{1}{4}$ óráig tartó 20–16° C. teljes fürdőt kap, a fürdőben a beteg fejét jeges vízzel öntözik s testét frotirozzák. E régi Brand-féle kezelésnek főszószólója Vogl, ki a müncheni garnisons-lazareth két belgyógyászati osztályán kezelt typhusos katonák gyógykezeléséből ama következtetést vonja le, hogy különben egyenlő viszonyok mellett a szigorúan Brand-féle kezelésben részesültek között félsannyi halálozás sem volt, mint a gyógyszerrel s enyhébb fűrésztéssel kezelték között.

Míg a vegyes kezelés mellett évek szerint 3.8–18.8% közt ingadozott a halálozás, addig Brand-kezelés mellett csak 0–7.3% közt.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

J. A. Sicard: Le liquide céphalo-rachidien. Avec préface du prof. Brissaud. Paris, Masson et Comp. 1902. 192 l.

A munkához Brissaud irt magában véve is igen érdekes előszót, melyben a cerebrospinalis folyadékot magas sótartalmánál fogva és hosszasan indokolt fejlődéstani magyarázattal nem szűredéknek, hanem kiválasztás útján termelt folyadéknak tekinti.

Sicard Quince vizsgálataiból kiindulva a lumbal punctio technikáját, ezen műtét kellemetlen melléküneteit és indicatioit állapítja meg. Összeszedi az irodalomban talált jó eredményeket, melyeket hydrocephalusban, chlorosisban, uraemiában, agydaganatokban, agyhártyagyulladásban egyes szerzők leírtak. E fejezetben a tárgy szerete a szerzőt bíráló erejében gyengíti. Az arachnoidea alatti befecskendezéseket tanulmányozva azt tapasztalta, hogy 10–15 kgm. súlyú kutyáknak körülbelül 200 cm³ folyadék volt befecskendezhető. Jó eredményt látott tetanus antitoxin befecskendezéseknek e helyre, a Bier-féle cocain anaesthesia jótékony befolyását tabesben, ischiában látta. Tanulmányozta továbbá a cerebrospinalis folyadék élettant, physikai tulajdonságait. Fajsúlya 1004–1012, fagyponstüledése rendes viszonyok között 0.72–0.78, míg agyhártyagyulladásban 0.50–0.56 volt. Chromodiagnostika hangzatos ezime alatt a színváltozásokat veszi szemügyre. A meninxek áteresztő képességének vizsgálata gyógyszerrel szemben nem adott használható eredményt. A vegyi vizsgálatokból kiemeljük a cerebrospinalis folyadék mérgező képességére vonatkozókat és azon körülményt, hogy a folyadéknak bizonyos fokig mikrobaölő képessége van. A meningitisek bakteriologiája után a cytodiaagnostikára megy át. Míg az egészséges ember cerebrospinalis folyadéka leukocytákat nem tartalmaz, ezt a meningitisekben nagyszabásban találni. Vizsgálatokat eszközölt a szerző ez irányban, meg tabesban, dementia paralyticaiban, sclérose en plaquesban, Friedreich-kórban, syringomyeliában, hystériában, neurastheniában, choreában, poliomyelitisben és polynuritisben, stb. több lelkesedéssel és szorgalommal, mint a mennyi eredménnyel. Kollarits Jenő dr.

Professor E. Lang's Therapeutik für Venerische und Hautkranke. Von Dr. E. Deutsch. IV. Auflage. Wien. Sfar. 1903.

A nagy vegyészeti és festékgyárak majdnem naponta termelik az újabb és újabb gyógyító szereket. Természetes, hogy e készítmények túlnyomó része gyorsan futja be pályáját. Mint felesleges vagy használhatatlan nyomtalanul tűnik el a legtöbb, de néhány közülük beválik s mindten oldalról kísérletileg megvilágítva csakugyan therapiái kincsünké válhatnak.

Másrészt pathologiái és kóroktani ismereteink fejlődésével fejlődnek, módosulnak therapiái eljárásaink is. Alig követhetnék figyelmesen therapiánk e fejlődésében levő folyamatát, ha nem állanának

rendelkezéseinkre időről időre újabb kiadásokban megjelenő összefoglaló munkák, melyek lehetségessé teszik, hogy a bevált eljárásokat az életben is hasznosítsuk.

Ilyen munka az is, mely jelenleg előttünk fekszik. Lang tanár egyike az újabb bécsi dermatológiai iskola jónévi képviselőinek s hogy a klinikáján gyakorlati alkalmazást nyert elvei nemcsak szorosan vett tanítványai, hanem a gyakorló orvosok körében is elterjedést nyertek, azt bizonyítja, hogy a kis könyv három kiadása gyorsan elfogyott s jelenleg a negyedik fekszik előttünk.

A munka mint therapiái mű csakugyan megállja helyét. Rövid, világos, könnyen áttekinthető, de legyen szabad megjegyeznünk, hogy egy therapiái — speciál bőtherapiái — munkában véleményünk szerint nem volna szabad hiányoznia a gyógyszerhatástannak mint külön fejezetnek. Kizárólag a gyógyszerhatástannak ismerete bírja meg az orvost attól, hogy gépiesen betanult receptekkel dolgozzék s teszi képessé arra, hogy észszerűen, az indikációkhoz alkalmazkodva orvoshoz méltó módon kezelje betegét. E gyógyszerhatástannak hiányát tekinthetjük a könyv hiányának s hozzátelhetjük majdnem egyedüli hiányának, melyet azonban bőven paralizálván előnyei, mégis bátran s jó lelkiismerettel ajánljuk azoknak a kartársaknak, kik a bőr és veneréas megbetegedések gyógyításával bővebben akarnak megismerkedni.

Póór

Új könyvek. Behla: Die pflanzenparasitäre Ursache des Krebses und die Krebsprophylaxe. Berlin, R. Schoetz. — Kersten: Lehrbuch der Pharmakognosie des Pflanzenreichs. Jena, G. Fischer. — Liebmann und Edel: Die Sprache der Geisteskranken. Halle a. S., C. Marhold. — Strömberg: Die Bekämpfung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten im Deutschen Reich. Stuttgart, F. Enke. — Riedel: Die Pathogenese, Diagnose und Behandlung des Gallensteinleidens. Jena, G. Fischer. — Pfeiffer, Proskauer, Oppenheimer: Encyklopädie der Hygiene. Lieferung 1—7. Leipzig, F. C. W. Vogel. — Meyer: Erste ärztliche Hilfe. Berlin, A. Hirschwald. — Klug: Der Haus-Schwamm, ein pathogener Parasit des menschlichen Organismus, speziell seine Eigenschaft als Erreger von Krebgeschwülsten. Freiheit-Johannisbad (Böhmen), Selbstverlag. — Aschaffenburg: Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Kriminalpsychologie für Mediziner, Juristen und Sociologen. Wien, M. Perles. — Freund: Grundriss der gesamten Radiotherapie. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. — Lucke: Die chronische Stuhlverhaltung. Jena, G. Fischer. — Ortnier: Zur Klinik der Angiosklerose der Darmarterien. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — Nissl: Die Neuronenlehre und ihre Anhänger. Jena, G. Fischer. — Buttersack: Nichtärztliche Therapie innerer Krankheiten. Zweite Auflage. Berlin, A. Hirschwald. — Schoen: Kopfschmerzen und verwandte Symptome. Wien, M. Perles. — Jodl: Lehrbuch der Psychologie. Zweite Auflage. Stuttgart und Berlin, J. G. Cotta. — Kerau et Rariart: L'état du fond de l'oeil chez les paralytiques généraux. Paris, Publication du "Progrès médical". — Dind: La blennorrhagie et ses complications. Paris, J. B. Baillière et fils. — Castex: Maladies du larynx, du nez et des oreilles. Paris, J. B. Baillière et fils. — Claparède: L'association des idées. Paris, O. Doin. — Pullan: La volonté. Paris, O. Doin. — Menard, Lherbier, Salmon et Guérin: Études sur les fractures indirectes dorsales et dorso-lombaires de la colonne vertébrale. Paris, O. Doin. — R. Bell: Cancer: its causation and its curability without operation. London, Baillière, Tindall and Cox. — J. P. Tuttle: A treatise on diseases of the anus, rectum and pelvic colon. New-York and London, D. Appleton and Co.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Néhány új chinin-készítményről ír Noorden. Az aristochin (dichinin carbonat) különösen azért érdemel említést, mert teljesen iz nélküli; egyébként éppen úgy hat, mint a sósavas chinin, adagai is ugyanazok; vízben oldhatatlan. A bromochin (chininum dibromosalicylicum acidum) 0.6–0.75 grammos adagai a láz csökkentése tekintetében éppen úgy viselkednek, mint a sósavas chinin 0.5 grammos adagai; bromcomponense miatt főleg álmatlanságban szenvedő lázas betegeknek lehet vele kísérletet tenni. Legkiterjedtebben a chinaphenin-nel (chinin összekötése pheneditinnel) kísérletezett szerző. Fehér, iznélküli por, mely vízben nehezen oldódik. Savakkal sókat képez, melyek némelyike — így a kénsavas chinaphenin — vízben jól oldható. Számárhurut eseteiben nagyon kielégítő eredményeket ért el, a mennyiben a rohamok száma úgyszólván azonnal csökkent, 8–10 nap múlva pedig még további csökkenés mutatkozott. Valamennyi betege meggyógyult, noha némelyik gyengesége miatt életveszélyben levőnek látszott. Az adag csecsemők számára 15–20 centigramm 3-szor naponként tejben vagy levesben, valamivel nagyobb gyermekek számára pedig 20–30 centigramm, legcsezszerűbben chocolate-pastillák alakjában, szintén 3-szor naponként. A chinaphenin antipyretikus hatását illetően a lassan ható chinin és a gyorsan ható lázellenes szerek (antifebrin, phenacetin, lactophenin, pyramidon) között közepes helyet foglal el. A hatás maximuma 4–5 óra múlva várható. 1.5–2.0 gramm chinaphenin hatására nézve 1.0–1.5 gramm chininum muriaticumnak felel meg. Kellően mellékhatásokat — néha jelentkező kismérvű fülzúgástól eltekintve — nem okoz. Neuralgia eseteiben is sokszor nagyon jó eredményeket adott. Malaria csak két esetben volt alkalma kipróbálni; az egyikben hatástalannak mutatkozott, noha chininre prompt reagált a kóros folyamat, a másikban azonban nagyon jól hatott. Tudomása szerint Mori (Campiglia) kiterjedten használja malaria ellen a chinaphenint nagyon kedvező eredménnyel. (Therapie der Gegenwart, 1903. 1. füzet.)

Sebészet.

Angioma cavernosum egy esetében az állon Nicoladoni tanácsára Payr úgy járt el, hogy tenotommal készített finom nyíláson át hét, magnesium-lemezből kimetszett, 14–18 mm. hosszú s alapján 2 mm. széles nyílacsát vezetett be a daganat különböző részeibe. A következő napokon élénk gázfejlődés indult meg a daganatban, 2–3 hét múlva a magnesium-nyílak felszívódtak, az angioma sorvadt, helyét pedig egy zsugorodó hegcsövet foglalta el.

Szerző emez eljárását főleg oly esetekben ajánlja, midőn a cavernosus tumorok eddigi gyógyeljárásai (exstirpatio, ignipunctura és electrolysis) kosmetikai szempontból ütköznek nehézségekbe, szóval az areztájékok angiomáinál. Helybeli érzéstelenítés elegendő, a műtét kivitele egyszerű, aseptice járva el pedig a gyógyulás fájdalomtalanul s zavartalanul áll be.

A magnesiumfém hatásának lényegét illetően P.-nek az a véleménye, hogy a magnesium a vérből hydrogent választva ki, a vért a cavernosus szövet helyén megalvasztja, az alvadást kötőszövetes organizatio követi. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 63. kötet, 5. és 6. füzet.)

Gergő Imre dr.

Az amputatio utáni utóérzésekről. Hilger és Van der Briele több eset pontos észlelése után arra a következtetésre jutnak, hogy az amputatio után a már eltávolított végtagban fellépő utóérzések, nem mint eddig sokan hitték és hiszik, azon ingerekre vezethetők vissza, melyek az elvágott peripherikus idegtörzsekből indulnak ki s a központ útján a peripheriára helyeztetnek, hanem ők ezen utóérzéseket azon emlékekéből magyarázzák, melyeket az eltávolított végtag, illetve ennek azelőtt az agyra gyakorolt ingerei ott visszahagytak. Ezen emlékek felidézhetők a peripherikus idegtörzsek ingerlése által, de teljesen önmaguktól is előállhatnak. Fennállásuk tartama változó és pedig a fennállás ideje bizonyos viszonyban van az amputált testrészt nagyságával, egyik esetben (újamputatio) az emlékek hirtelen és végkép eltűnt az új hiányának láttára, más esetekben hónapok, sőt évek (egy esetben 25 év) múlva is fennállottak még.

Török dr.

Kísérleti vizsgálatok a hám metaplasziájáról. Eichholtz-nak a königsbergi egyetemen pályadíjat nyert munkája két részre oszlik. Az első rész a felhámnak nyálkahártyává való átváltozásáról szól és oda concludál, hogy a felhámnak a nyálkahártyával szemben egyáltalán nincs accommodation képessége. A menyiben el nem pusztul, a nyálkahártyától mindig élesen el van határolva, jellemző tulajdonságait mindenkor megtartja. Ugy látszik, hogy járulékos szervei, a szőrök és faggyúmirigyek, bizonyos viszonyok között inkább sérülnek, mint a hám maga.

A hám functio tekintetében könnyen pótolhat szájszaj- és hólyag-nyálkahártyát, mert a nyál, a vizelet nem marja fel felületét. Csak a gyomornedv roncsolja el felületet rosszul táplált rétegeit. A második rész nyálkahártyának felhámmá való átváltozását tárgyalja és következő kísérleti eredményhez jut: A többrétegű laphám felhámhoz annyira hasonlóvá válhat, hogy attól meg nem különböztethető.

Az átmeneti hám epidermoidalis megváltozásakor a metaplasia biztonssággal ki nem zárható, bár a legtöbb esetben fel lehet venni, hogy a hám kívülről burjánzott be.

Hengerhámból felhám nem képződhetik. Ha egy rendes viszonyok között hengerhámmal fedett szervben mégis a hámot illető változás találunk, úgy a laphámnak átkúsása vagy egy esetleg eltérő csír felvétele által magyarázandó. (Archiv für klinische Chirurgie, 65. kötet, 959. lap.)

Zimmermann.

Kisebb közlemények az orvsgyakorlatra.

Számárhurut eseteiben dioninnal tett kísérleteket Weigl. A betegség tartama ugyan nem lett rövidebb, a lefolyás azonban határozottan enyhébb volt, főleg a rohamok száma csökkent tetemesen. Kellően mellék- vagy utóhatások hosszabb használat mellett sem mutatkoztak, székszorulás sem állott be. A dionint vizes oldatban sok malnaszörppel adta. 9–12 hónapos gyermekek 0.01:120.0 oldatból, 1–2 évesek 0.02:100.0 oldatból, 2–3 évesek 0.03:100.0 oldatból kaptak 3 óránként kávéskánnnyit. (Wiener klinische Rundschau, 1902. 48. sz.)

Gümőkóros hólyaglob gyógyítására André járomhetenként változtatva arsenit (Rp. Natrii arsenicosi 0.001; Extr. fol. jugland. 0.15. M. f. pil. D. tal. pil. Nr. 100. S. 1–8 labdacot minden étkezés előtt) és glycerophosphatokat (Rp. Calcii glycerino-phosphor. 0.3; Magnesiae glycerino-phosphor. 0.15. M. f. pulv. D. tal. dos. Nr. 40. S. Naponként 3 port) használtat; a hidegebb évszakban csukamájolajat ad. Ezenkívül guajacolt és jodoformot is fecskendez a hólyagba: Rp. Guajacoli 5.0; Jodoformii 3.0; Ol. oliv. steril. 100.0. S. 15–20 köbcentimetert a hólyagba. A befecskendezések eleinte naponként, később 2, 3–8 naponként végzendők. Az orvoslást hónapokon át kell folytatni. (Rev. méd. de l'Est, 1902. július 15.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1903. 9. szám. Biró Gyula: Hevenyen fejlődött exanthemák kórismézése. Minich Károly: Adatok a chlorsavas kalium-mérgezéshez.

Orvosok lapja, 1903. 9. szám. Sellei József: A sublimat intramuscularis befecskendezése után fellépő gangraena casuistikájához. Székács Béla: Pneumothorax esete. Tausz Béla: A scrophulosisról.

Magyar orvosok lapja, 1903. 9. szám. Deutsch Ernő: Közlemények a csecsemőgyógyászat köréből. Preisach Izidor: A diabetes mellitus kór- és gyógytanának mai állása. Jakab László: A hydro-

therapia szerepe a méhvérvések gyógykezelésében. *Jármay László*: A Tatra fejlődése.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 9. szám. *Seegen*: Máj-próba (Docimasie hépatique). *Merk*: Herpes. *Löwenbach*: Súlyos syphilitis alakok kezelése jodhiganykakodylattal.

Wiener medizinische Presse, 1903. 9. szám. *Grosz*: A syphilitis serotherapiája. *Goldman*: Égett sebek kezelése ichthyollal. *Königstein*: Néhány új gyógyszerrel a szemészeti gyakorlatban.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 9. szám. *Drozda*: Heveny leukaemia sajátos esete. (Sarcomatosis leukaemica.) *Kapper*: Serummal sikeresen kezelt tetanus esete. *Neugebauer*: Medullaris naeosis. *Martell*: A tüdőgümőkori korai szakának kezelése calomellel. *Schramm*: A laparotomia értéke gyermekkori peritonitis tuberculosa-ban. *Tyrman*: A külső hallójárat traumás sérülései. *Liniger*: Hassérvek és baleset.

Prager medicinische Wochenschrift, 1903. 6. szám. *Hock*: Paraffin-injectioval meggyógyított makacs incontinentia urinae. *Wöfler*: A golyva kezelése.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 9. szám. *Umber*: Az autolysis klinikai jelentősége. *Wild*: Scopolamin-morphin-naeosis. *Rothschild*: Milyen szerepet játszik a sternalis szöglet a légzésnél. *Rosenfeld*: A köhögés és nátha némely okáról. *Haenel*: A neuron-kérdés.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 8. szám. *Most*: A káliszappan maró hatása. *Enslin*: A tuberculin diagnostikai értéke keratitis parenchymatosa eseteiben. *Moser*: A gyomor myosarcomája. *Heusner*: Új készülék a veseszülettelt csipőzületi ficam utókezeléséhez. *Wessely*: Subconjunctivalis injectiók. *Rost*: Ártalmas-e a bórsav és a borax a szervezetre? *Spieß*: Idegen test a bal főbronchusban. *Oppenheimer*: A conjunctiva és a cornea naevus pigmentosus.

La semaine médicale, 1903. 8. szám. *Guillain*: A neurologia tanítása az Egyesült-Államokban.

Journal médical de Bruxelles, 1903. 8. szám. *Delcourt*: A diphtherias crouphoz hasonló kóros állapotok differentialis diagnosisa.

Le progrès médical, 1903. 8. szám. *Poirier*: Megnyitó előadás. 9. szám. *De Frumerie*: A massage tabesben.

Archives générales de médecine, 1903. 4. szám. *Loeper és Esmonet*: A zsír a herékben. *Depautaine*: A francia hadsereg egészségi viszonyai. *Marion*: A nyak fás phlegmoneje. *Rénault*: A retropharyngealis tályog. 5. szám. *Riccardoni és Lamas*: Landry-féle felszálló hűdés blennorrhoea kapcsán. *Bouglé*: Gümőkóros appendicitis. *Marion*: Mit tegyünk ezombtörés esetében?

The lancet, 1903. I. 8. szám. *H. Radcliffe Crocker*: A bőrlombok jellegeit módosító némely körülményről. *Alban H. G. Doran*: A méhnek és szálágainak fibroidjai. *J. A. Mac Dougall*: Az appendicitisről, különös tekintettel legacutabb alakjaira. *Rubert W. Boyce, Ronald Ross és Ch. S. Sherrington*: Az emberben előforduló trypanosomák felfedezésének története. *E. F. Pinent*: Az elmeegyengék állandó felügyelete. *A. C. Jordan*: A felszálló aorta aneurysmája hat éves gyermekben. *T. Wilson Parry*: Haemophilia esete és a calciumchlorid mint helybeli stypticum. *G. W. Küner Crosland*: Intrauterin koponyatörés. *H. S. Fremlin*: Anaërob bakteriumok tenyésztése. *G. Norman Meacham*: Kétoldali localis hyperidrosis. *J. T. Neech*: A himlő gyógyítása carbolsavval.

British medical journal, 1903. február 7. *G. E. Rennie*: Aste-reognosis tabesben. *R. Kennedy*: A plexus brachialis suturája a felső végtag szülés okozta paralysisében. *P. Tytler és R. T. Williamson*: Súlyos compressiv myelitist okozó spinalis echinococcus esete. *W. B. Ransom és W. M. Willis*: Pleura-echinococcus esete. *E. R. Dawson*: Vaccinatio a menstruatio alatt. *E. W. White*: A puerperalis elme-zavar kezelése. *M. Bernstein*: Vaccinium myrtillus használata typhusban és más fertőző bélbajokban. *W. J. Caie*: Pemphigus acutus malignus halálos esete. *A. B. Hudson*: Coma diabeticum. *H. Simonds*: A lencsedislocatio és hajkihullás összefüggése. *G. C. R. Harbinson*: Lactatiós glycosuria. *F. F. White*: A közepfülgyulladás gyógyítása. *A. J. Sharp*: A retrocervicalis izmok paresise diphtheria után. *G. Hamilton*: Idegen testek eltávolítása az oesophagusból új módon. *J. Mc Namara*: Belfővény. *J. B. Christopherson*: Mindkét here egy lágyékesatornában.

The Edinburgh medical journal, 1903. január. *W. G. Aitchison Robertson*: A rák helyi elterjedtsége Skóciában. *R. Llewellyn Jones*: Rheumatoid arthritis mint cerebrospinalis toxemia. *Byrom Bramwell*: Syphilis és életbiztosítás. *J. A. Lowson*: Sensatiók vízbefúláskor. *J. A. Perdran*: Lágyulás a jobb oldali fissura calcarina körül, baloldali hemianopiával. *W. F. Macarthur*: Henoch-féle purpura. *A. E. Francis*: Medencebéli haematocoele spontán kiürülése. *J. A. Arkwright*: Icterus-sal járó máj- és lépnyagyobbodás familiaris előfordulása.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1903. márczius 6.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 6. hetében (1903. február 8-dikától február 14-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,484, összesen 790,529. Elveszületett 439 gyermek, elhalt 330 egyén, a születések tehát 109-vel múlták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 28.9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 28.9, az egy éven felüli lakosságnál: 17.0, az öt éven felüli lakosság-

nál: 15.2. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 8, gümös agykérlob 4, agyguta 11, ránggöres 7, terjedő hűdés 7, hátgerinczsorvadás 0, szívbaj 27, hörgőlob 13, tüdőlob 39, hurutos tüdőlob 12, mellhártyalob 1, tüdővész 47, tüdőleégdag 3, bélhurut 11, májbajok 3, hashártyalob 2, kizárt sörv 2, Brightkór 10, veseszülettelt gyengeség 21, gyermekaszály 0, aggaszály 15, rák 10, méhák 4, egyéb alképlet 4, gümös bajok 3, kanyaró 4, vörheny 6, állh. gégelob 1, ronesoló toroklob 7, hökhurut 3, gyermekági láz 2, hagymáz 0, influenza 2, himlő 0, veseszülettelt bujakór 2, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 3, lépfene 0, ebdüh 0, genyver 2, gyilkosság 0, öngyilkosság 5, baleset 2, erőszakos, kétes 0. II. Betegedés. a) Betegforgalom a községi közhórházakban. A múlt hét végén volt 3325 beteg, szaporodás 901, csökkenés 906, maradt e hét végén 3320 beteg. b) Hevenyrágályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi február 8-dikától február 14-dikéig terjedő 6. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): kanyaró 56 (41), vörheny 71 (51), állh. gége- és ronesoló toroklob 48 (36), hökhurut 9 (13), gyermekági láz 1 (0), hasi hagymáz 1 (0), himlő 0 (0), állhimlő 0 (0), bárányhimlő 31 (31), vérhas 0 (0), orbáncz 13 (18), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültömirigylob 6 (7), trachoma 6 (7), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

| Egyetemi alkalmazások és ösztöndíjak. Az orvoskari tanártestület f. évi márczius 3-dikán tartott ülésén a következőket választotta meg: az I. sz. belgyógyászati klinikához Benedikt Henrik dr.-t első tanársegéddé, Kövesi Géza dr.-t második tanársegéddé; az elmekörtani klinikához Décsi Károly dr.-t első tanársegéddé (meghosszabbítás), Hudovernig Károly dr.-t második tanársegéddé (meghosszabb.); a bőrkörtani intézetben Tóth Gyula dr.-t és Apatitzky Sándor dr.-t díjazatlan gyakornokokká.

A tanártestület ugyanazon ülésén elhatározta, hogy a horvátországi illetőségű orvostanhallgatók részére rendszeresített 600 koronás állami ösztöndíjra Kuber Durlen Agoston elsőéves orvostanhallgatót, s az 1300 koronás br. Wodianor-Albert-féle ösztöndíjra Pintér István másodikéves orvostanhallgatót hozza a vallás- és közoktatásügyi ministeriumnak javaslatba valamint hogy felterjesztést tesz az iránt, hogy Schwartz Illés ötödéves orvostanhallgató 500 koronás Bésán-féle ösztöndíját a szigorlati évre is megarthassa.

× Okleveleiket január havában a tisztii főorvosi hivatalnál bemutatatták: Schmidl Emanuel dr., Nagy Sándor dr., Parasin József Győző dr., Matolay Miklós dr., Illatky Tivadar dr., Kentzler Gyula dr., Klein Simon dr., Böke Ödön dr., Flesch Hermann dr., Mihalkovics Elemér János dr., Kálmán (Klein) Mór dr., Kánitz Henrik dr., Szent János dr., Vajda Miksa dr., Wallner Emil József dr. egyetemes orvosdoktorok; Berényi Tivadar állatorvos és 19 szülésznő.

⊕ Korányi Frigyes egyetemi tanárt a „Vasmegyei Sanatorium-egyesület” tiszteleti elnökévé választotta meg.

— Téry Ödön dr. közegészségügyi felügyelőnek ő Felsege az osztálytanácsosi címet adományozta.

+ Grósz Emil dr. budapesti egy. ny. rk. tanárt a belügyminister a trachoma-ügy országos felügyeletével bízta meg.

× A Bródy Adél-kórház választmánya utóbbi ülésén Klein Manó dr.-t gégeorvossá választotta.

✓ Mayland Henrik dr. dévai járásorvost a m. k. igazságügy-minister a dévai törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi teendőknél második törvényszéki orvosi minőségben való rendes ellátásával bízta meg.

— Külföldi személyi hírek. L. Zweifel tanárt az angol gynae-cologiai társulat, W. Wundt tanárt és E. Metschnikoff-ot pedig a szentpétervári tudományos akadémia tiszteletbeli tagul választotta. — L. Krehl tübingeni belgyógyász-tanárt Kast utódjává hívták meg Breslauba. — A B. Schultze halálával megüresedett jenai szülészeti tanszékre. A. Martin (Greifswald), B. Krönig (Leipzig) és H. Sellheim (Freiburg) hozattak javaslatba. — M. Saenger utódjává a prágai német egyetem szülészeti tanszékre O. Franqué würzburgi tanárt hívták meg. — R. Koch tanárt a párisi tudományos akadémia külső tagjává választotta. — E. Stadelmann tanárt a berlini friedrichshaini kórház belgyógyászati osztályának igazgatójává választották. — Bier tanár utódjává Greifswaldba P. L. Friedrich rendkívüli tanárt, a lipcei egyetemi sebészeti poliklinika igazgatóját hívták meg.

□ A XIV-dik nemzetközi orvosi congressus Madridban. A magyar bizottság előmunkálatait befejezte és értesíti a jelentkezőket, a kiknek száma eddig közel 80-ra rág a következő tudnivalókról.

Dátum: A congressus tartama április 23-dikától egész április 30-dikáig.

Kedvezmények: Megadták a 33-50% kedvezményt: az összes spanyol, francia és olasz vasúttal, továbbá a magyar államvasúttal. Semmiféle kedvezményt nem adott az osztrák, svájci és német vasúti hálózat. A magyar déli vasút és az Adria még eddig nem nyilatkozott.

Utazás: A congressus tagjai bármely úton jöhetnek és hagyhatják azt el. Spanyolországba: a spanyol 50% kedvezményben minden esetben részesülnek. Valamint a congressus tartama alatt rendezendő spanyolországi kör- és kéjutazásokat ugyancsak 50% kedvezménnyel tehetik meg.

Legitimatio: A spanyol titkárság még e héten mindenkinek megküldi igazoló jegyét, a melynek felmutatása igényt ad a határon való áthaladáshoz. Tehát nem lehet a kedvezményes jegyeket Budapestról beszerezni, hanem azokat ki-ki a határon válthatja csak meg. Természetesen hivatkozni kell a congressusi tagsági jegyre. A

kedvezmények érvényessége április 3-dikától május 20-dikáig terjed: vajjon a hálókocsitársaságok és luxus-vonatok nyújtanak-e kedvezményt, erre vonatkozólag a titkárságtól még eddig értesülést nem nyerhettünk.

A csoportos utazás: A magyar bizottság a központi jegyirodával egyetértően csoportos utazásnak tervét állította össze, a melynek keretén belül a congressista nemcsak a Rivierát, Marseillet, Spanyolországot és Dél-Franciaországot látogathatja meg, hanem meg is lesz óva mind-azoktól a kellemetlenségektől, a melyeket egyrészt a nyelveknek hiányos ismerete, másrészt a hoteleknek a congressus ideje alatt való túlszűfölsége (tudunkkal másfélezernél több eddig a jelentkező) okoz. Kérjük a congressus tagjai közül azokat, a kik e társas-utazásban részt o hajtanak venni, hogy márczius 14-dikéig bezárólag ebbeli kívánságukat a congressus titkárnál (Detre László dr., Kertész-utca 41.) jelentsék be, mert későbbben jelentkezők számára a jegyiroda szállodát nem biztosíthat.

A csoportos utazás útiránya és útiterve: Indulás Budapestről április 14-dikén reggel 8 órakor a keleti pályaudvaron, Fiumébe érkezés este 8 óra 30 perczkor, hajóra szállás. Velenczébe érkezés április 15-én reggel, Milanoba érkezés délután 2 óra 25 perczkor. A város megtekintése. Elutazás este 8 órakor, érkezés Genuába 11 óra 5 perczkor. Tartózkodás Genuában másnapi 1 óra délutánig. Erkezés Nizzába április 16-dikán este 7 órakor. Tartózkodás Nizzában április 17-dikéig éjjelig. Április 18-dikán 6 órakor reggel érkezés Marseillebe, tartózkodás ugyanitt este 8 óráig. Erkezés Barcelonába április 19-dikén vasárnap reggel 8 órakor, tartózkodás ugyanitt hétfő estig. Erkezés Madridba április 21-dikén délelőtt 11 óra 20 perczkor. Tartózkodás Madridban április 30-dikáig éjjel. Indulás Burgozba. Tartózkodás május 1-jéig Burgozban. Május 2-dikán Biarritz, innét május 3-dikán Páris vagy kirándulás előzetesen Lourdesba. A társaság Biarritzban feloszlik, innen kezdve ki-ki folytat-hatja útját hazafelé, Párisnak vagy Genfnek.

Kirándulások: A 9 napi madridi tartózkodásra csoportos köruta-zást rendezünk Cordova-Sevillába esetleg le Gibraltarig, ennek közelebbi adatait a spanyol bizottságokkal egyetértően a magyar bizottság Madrid-ban fogja közzé tenni.

A részvétel díja: 1. Utiköltség II-dik osztályon, Spanyolországban I-ső osztályon: 310 frank. Végig első osztályon körülbelül 410 frank. A lourdesi kirándulás a II-dik osztályú jegyet 22, az I-ső osztályút 32 frankkal drágítja meg. Hogy ha, a mire vonatkozólag eddig még teljesen megnyugtató választ nem nyertünk, a spanyol határon szokásos 15%-nyi vasúti jegyadó nem számíttatik be az 50%- kedvezménybe, úgy a jegy ára körülbelül 25 frankkal drágul meg.

A jegy árán kívül a csoportos utazásban résztvevők a teljes ellátás, szálloda, borraivalók, ciceronék, kocsiköltségek, sétakocsizások, valamint a csoporttal együtt utazandó manager díja fejében körülbelül 430 koronát fizetnek, beleértve a visszautazásba az egy napi burgosi, biarritzi és lourdesi tartózkodást. A madridi teljes pensió (a szállodát termé-szetesen kivéve) érvényes a meglátogatandó egyéb spanyol városokra is.

Az utazás módja: A csoportos utazásban résztvenni kívánó congressista beküldi igazoló jegyét a menetjegyirodának (Vigadó-tér 1.), a mely azt a csoporttal együtt utazó úti marsallnak adja át, a ki az egész úton körülbelül egy fél nappal a csoport előtt utazik és a határállomásokon hátra hagyja az előre megváltott jegyeket, a melyeket a titkár fog kiosztani. Ugyancsak az úti marsall gondoskodik arról, hogy a lekötött elsőrangú szállók megfelelő számú szobát adjanak rendelkezésünkre és arról is, hogy kellő számú bérkocsi álljon rendelkezésünkre a vonatok érkezése és indulásakor, valamint, hogy a séta-kocsizásra szolgáló kocsik és a városokat magyarázó vezetők készen álljanak. A jegyiroda kezkeskedik a jó szállásról, valamint elsőrangú ellátásról.

A congressisták közül azok, a kik nem vesznek részt a csoportos utazásban, ugyanezen úton mehetnek április 3-dikától május 20-dikáig bezárólag, avagy pedig választhatják a már régebbi communiquéinkben közzé tett egyéb útirányokat is, mint pl. a Fiume, Ancona, Róma, Nápoly, Genua, Nizza, stb. útirányt, vagy pl. a Földközi-tengeri útát is, a mely természetesen sokkal hosszabb és drágább. A titkár kéri ezeket a congressistákat, hogy jelentkezzenek nála azonnal, hogy egyrészt a csoportos utazás helyett egyes kisebb útítársaságokat hozhasson ilyenképen össze, másrészt pedig, hogy nevüket bejelentse a madridi lakásvállalat-nak (Service des Logements), hogy részükre kellő számú lakást bizto-sítson. A madridi ellátás díja különböző, véleményünk szerint 25 pesetán = 20 korona alul senki sem tarthat igényt jó lakásra és ellátásra. Természetesen e lakásokról a magyar titkárság nem kezkeskedhetik, a mennyiben erre vonatkozólag teljesen a madridiak intézkednek.

Ünnepélyek: A madridi congressus, a város és a királyi család nagy ünnepségeket rendez a congressistáknak; egyebek közt néhány kerti ünnepélyt, bikaviadalt, diszlocadásokat és nagy fogadásokat. Ezek-nek programját későbbben fogjuk csak megtudni.

Utlevél nem szükséges: de ha van, nem árt. Az igazolásokat esetleges bajok esetén a titkár fogja elintézni.

— Internationalis dermatologiai congressus. Az 5-dik nemzet-közi bőrgyógyászati congressus a jövő évben Berlinben fog megtartatni. Elnök: Lesser E., a bőrgyógyászati és bujakórtan ny. r. tanára a ber-lini egyetemen; főtitkár: Rosenthal O. berlini dermatologus. Behatóbb tárgyalásra csak a következő 3 themát tűzték ki:

1. A circulatio apparatusának syphilitis megbetegedései.
2. Bőrbántalmak anyagcsereanomáliáknál.
3. Az epitheliomák és azok orvoslása.

Az utóbbi thema előadására Magyarországból Róna Sámuel dr. egyetemi rk. tanárt kérte fel a congressus elnöksége.

— A budapesti orvosok szövetsége választmányi gyűlésén a facultativ számlarendszer mellett foglalt állást, s elhatározta azonkívül, hogy a betegsegélyző egyletek elleni actio érdekében úgy az egyesület tagjaitól, mint a többi orvosoktól reversalisokat fog a napokban be-szedetni.

+ A belügyminister jelentése szerint 1902. december havában Budapestén 207, az egész országban ezen egy hónap alatt 5989 egyén halt meg tuberculosisban.

— A „Zempléni vármegyei orvos-gyógyszerész segélyző egyesü-let“ 1903. február 1-jén tartott évi közgyűlésének jegyzőkönyvi kivo-nata szerint az egyesület vagyona 41,345 kor. 9 fillér. 1903-ban 10 orvos özvegye egyenként 177 koronányi segélyben fog részesülni. Az egye-sületnek ezidő szerint 56 tagja van.

× A német közegészségi társulat ez évi összejevetelét Drezdáb-an tartja szeptember 16-dikától 19-dikéig.

|| A tisztiorvosi vizsgák eddigi kérdéseinek az 1903—1905. évre változatlan meghagyását a belügyminister megengedte.

|| A marillai sanatorium prospectusát küldte be hozzánk a gyógyhely vezetősége. A sanatorium pontos és lelkiismeretes vezetése régóta köztudomású, a küldött prospectusból pedig örömmel látjuk, hogy a gyógyhely árai olcsóbbak, mint a külföldi hasonló gyógyhelyekéi. Kíváncsok volna, hogy minél többen keressék fel Marillát, hol már igen sok gége- tüdő- és idegbeteg sikerrel keresett gyógyulást.

✓ Gyógyszerár-üzletek engedélyezése. A belügyminister ifj. Erreth János okleveles gyógyszerész, pécsi lakosnak Sopron szab. kir. város területén (272/1903. B. M. szám.), továbbá Ligeti Károly ruszka-bányai lakosnak Nyíregyházán (12,403/1903. B. M. szám.) gyógyszerár-kereskedés nyitására engedélyt adott.

× Gyógyvizjelleg adományozása. A belügyminister az Apenta részvénytársaságnak a székesfőváros I. kerületében Örmező-dűlő 10,072 illetőleg újabb számozás szerint 14,326. hr. sz. alatti telken levő I—VIII. kútjai számára a gyógyvizjelleg adományozta.

| „A tüdővészttől való óvakodásról“ című füzetet a belügy-minister szétesztás végett valamennyi törvényhatóságnak újból meg-küldötte.

+ A budapesti Pasteur-intézet 1901-dik évi működése. „A budapesti egyetem általános kór- és gyógytani intézetével kapcsolatos Pasteur-intézet 1901-dik évi működése“ című, Högyes Endre dr. tanár, az intézet igazgatója közlésében megjelent füzetet a belügyminister az összes törvényhatóságoknak egy-egy példányban megküldötte.

✓ A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület segélyét február havában 137 esetben, fennállása óta pedig 18,908 esetben vették igénybe.

+ Fürdőink személyforgalma. Uj-Tátrafüred: Szontagh-féle sana-torium február 12-dikén 98.

— Megjelent. Marikovszky Gy.: Beiträge zur Phys. d. Ohrlabyr-inthis. Pflüger's Arch. 1903. — Az V., ez idén Berlinben megtartandó nemzetközi vegyész-congressus prospectusa. — Dirner Gusztáv: Mester-séges koraszülés. Budapest, Pallas-nyomda. 1902. — Konrádi Dániel: Beitrag zur Kenntniss d. Symptome und Prophylaxe d. experiment. Lyssa. Centrbl. f. Bakt. 1903. — U. a.: A mentésről és az első segélynyuj-tásról. Kolozsvár, 1902.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.“ Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitértő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kiváncsokra prospektus.



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapestben.

Természetes forró, meleg kén-s források, iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógy-víz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. Csúsz, köszvény, ideg-, hörbajok stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatósága Budán.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Elektromagneses intézet dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában Budapest, Városligeti fasor 13. Elektromagneses erő alkalmazási tere: álmatlanság, izomesúsz, neuralgiák, ischiás, szívneurosisok, ideges gyomor-, bélbántalmak, migraine, stb. — Orvosi vezetés. — Kezelés egész napon át. Mérsékelt díjak. Kiváncsokra prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (VIII. rendes ülés 1903. évi február hó 28-dikán.) 162. lap. — Közkórházi orvostársulat. (IX. évi közgyűlés 1902. évi december hó 30-dikán.) 162. lap. — (I. bemutató ülés 1903. január hó 14-dikén.) 162. l. — Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (Szakosztály ülése 1902. október 29-dikén.) 164. l. — Személyek külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VIII. rendes ülés 1903. február 28-dikán.)

Elnök: Bókay János. Jegyző: Illyés Géza.

Elnök az ülést megnyitja. A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Kubinyi Pál, Navratil Imre, Schrod Antal tagtársakat.

Medenczedaganat, abszolút szűkület, sectio caesarea.

Kubinyi Pál: 21 éves III. P. Előző szülések könnyen és rendszeren folytak le. Utolsó 2 év előtt. Mindig egészségesnek érezte magát. Jelen terhessége alatt vette észre, hogy a jobb farfője dagadt és nehezen tud ülni. A daganat nőttön-nőtt és bár lábait nem tudja jól összehúzni s egy kissé szétterpesztve tartja, de azért tudott járni és dolgozni. A terhesség lefolyása ettől eltekintve rendes volt. 1903. február 9-dikén este 11 órakor a terhesség végén megindul a szülés és éjjel 1 órakor elfolyt a magzatvíz. Dacára az erős fájásoknak reggelre se szült meg, miért is falujából a közeli városi kórházba szállították, ahol az orvosi tanácskozás megállapította a sectio caesarea indicatiónak, a II. számú női klinikára küldi, ahol 10-dikén az esti órákban érkezik meg. Felvételt a mérsékeltlen fejlett és táplált, különben egészséges nő nagyon kimerült a hosszú utazás és vajdőzés kimerülésétől. Pulsus 124, hő 37.90. A jobb farfője sokkal nagyobb mint a bal s az ülőbarázda sokkal mélyebben van. A jobb alsó végtag kissé el van távolítva, a szeméremrés balra, a végbélnyílás balra és hátra van eltolva. A bőr érhálózata tágult. A terime-nagyobbodás tömött, kemény, csaknem kitölti a kis medenczét, a hüvely jobb falát erősen benyomja úgy, hogy csak a symphysis mögött lehet az ujjal felnyúlni, ahol a magzat nagy szülési daganattól borított fejét érezzük. A daganat a jobb medenczefalhoz rögzített s határai bizonytalanok. A méh folytonos tonusban, teljesen reahúzódva a magzattestre, nagyfokú cervix-kinyúlás. A diagnoszt a medenczéből kiindult sarcomára tettük, amely az abszolút szűkület folytán sectio caesareát követel. Minthogy a magzatvíz régen elfolyt, sokszoros hüvelyi vizsgálat ment előre, a hőemelkedés és szapora pulsus jelzi, hogy az endometritis sub partu már kifejlődött, le kell mondanunk a conservatív eszszármetszésről s vagy Porrot, vagy total-exstirpációt kell végezni. Minthogy az extraperitonealis csomókezelés nagy szenvedést mérne erre a betegre, aki csak féloldalt tud feküdni, s a mai technikával a totalexstirpáció is gyorsan végezhető, e mellett döntünk. A laparotomiánál feltűnő, hogy vörhenyes savó van a peritonealis ürben. A méh kigördítése, felmetszése sagittalisán. A metszés lépényt talál. A magzat élő, jól fejlett, méretei: 3270 gm. súly, 53 cm. hossz, 36 cm. fekerület. Tampon a méhürbe, a seb összevarrása a vérzés miatt. Totalexstirpáció a fibrománál kiművelt Doyen-féle mód szerint: hüvelyboltozat körülmetszése, a hólyag leválasztása, a parametr. és lig. latum lefogása s átmetszése. A méh eltávolítása után az edények lekötése, hüvely bevarrása s végül az egésznek beborítása a mellő és hátsó peritoneum összevarrásával. Műtét tartama 1 óra 15 perc. A beteg lassan fokozódó peritonitist hét nap múlva meghalt. Boncolásnál általános eves peritonitist találtunk, amely a szülés alatti infectioból származott, másrészt elősegíthette az, hogy a méhürből a vér le nem folyhatván a hüvelyen át, műtét közben szennyezte a hasürt. Kezddő hashártyagyulladás különben már volt, bizonyítja a műtétnél talált savós izzadmány. A daganat, miként a praeparatum mutatja, gyermekfejnyi. A linea terminalis alatt az ülőcsontból indult ki, az egész jobb medenczefallal szélesen függ össze, balra eltolta a hüvelyt, kitölti a kis medenczét, szűkíti a végbélet s lefelé a medenczekimeneten jóval túlér és itt a paravaginalis kötőszövettel összeolvad. Hátra a keresztcsont vájulatában fekszik, azt hátra s a farcsikcsontot balra tolja. Az egész medenczét szétfeszíti, úgy, hogy a keresztcsont izület tátong, a lig. spinoso- és tuberoso-sacr. ok ki vannak nyújtva. Mikroszkopos szerkezete tipikus fibroma, helyenként tömött, másutt teleangiectatikus.

A medenczedaganatok általában ritkák, különösen a fibromák, inkább sarcomák, enchondromák, osteomák, sőt carcinomák fordulnak elő. Ritka a localisatioja is, mert Steinthal (Stuttgart) szerint a fibromák kedvező helye a spina ant. sup. belső felülete, a honnan a csipő-tányérok mentén terjednek vagy a hasfal felé nőnek. Nőknél gyakrabban fordulnak elő, mint férfiaknál és Stadtfeld szerint inkább többször születnek. Szerinte a eszszármetszés mortalitása a medenczedaganatoknál általában igen nagy, 62%.

Ha ez a beteg életben maradt volna, legközelebb a végbél összenyomatása folytán bélelzáródás következett volna be. A sebészeti eljárásnak nagysága és a lágy képletekkel való széles és szoros összefüggése miatt alig lett volna hozzáférhető.

A Jackson-féle traumás epilepsia operálásáról.

Navratil Imre: Az általa operált esetek kapcsán mint egyik legelső művelője az agysebésznek 24 évi tapasztalatait e téren adja elő. Álláspontja, melyet ezen kérdésben elfoglal, az, hogy hosszabb időn át fennálló

Jackson-epilepsia eseteiben a műtét eredménnyel nem jár. Ugyancsak akkor sem operál, ha alkoholizmus, alkati bántalom vagy neurasthenia kimutatható. Igen fontos a pontos anamnesis és megfigyelés, hogy genuin epilepsiával fel ne cseréltesse, utóbbi néha traumával komplikálva jön elő, ilyenkor a műtét szintén ellenjavalt. Azon kell lenni, hogy a seb per primam gyógyuljon, mert nagy heg újra nyomást gyakorol az agyra és azt izgalomba hozza. Czélszerű a hiányt osteoplastikus lebennyel fedni. Foglalkozik ennek többféle fájával és az egyeseknek indicatójával. Kiemeli, mennyire fontos az asepsis és a műteti technika. Ebbeli eljárását részletezi ezután. Azon kell lenni, hogy az elgyengült idegrendszer a műtét után kiméltessék és ellenálló képessége fokozatosan emeltessék. Nemcsak szükséges, de eredményes is, ha koponya-agysérüléseknél prophylactice operálunk, mit legjobban bizonyít egy gyógyult esete, melyet ezelőtt 14 évvel operált; végül ajánlja, hogy minél előbb operáljunk.

Közkórházi orvostársulat.

(IX. évi közgyűlés 1902. december 30-dikán.)

Elnök: Genersich Antal. Jegyzők: Minich Károly, Juba Adolf.

Elnök megnyitójában örömmel constatálja, hogy e társulat feladatának ez évben is megfelelt. Kiemelkedő mozzanat volt, hogy Réczey Imre volt elnöknek és a társulat tiszteletbeli tagjának a választási okmányt küldöttségileg átadták, melyet a társulat elnöke, Hochhalt Károly vezetett.

A II. sebészeti kóroda áthelyezése következtében Réczey Imre megvált a Rókus-kórháztól és osztályát Navratil Imre vette át, kinek műtőterme szolgál ezután a bemutatók helyiségeül. Kiemelendő, hogy a kórház al- és segédorvosai nagyobb mértékben vettek részt a tudományos bemutatókban, ami a személyzet magasabb kiképzése mellett bizonyít.

Minich Károly titkári jelentéséből kiemeljük a következő adatokat: 16 szakülésen, 34 előadó, 85 bemutatót, 3 referáló előadást és egy demonstráló ismertetést tartott. A bemutatók között a sebészet (30) és bőrgyógyászat (19) dominált, ezenkívül 9 szemészeti, 9 kórbonczatani, 8 ideg- és elmekórtani, 4 gyermekgyógyászati, 2-2 nőgyógyászati, fül- és belgyógyászati bemutatók szerepeltek. Sajnálatosnak tartja, hogy a belgyógyászati esetek demonstrálása háttérbe szorult, pedig ezen esetek azok, melyek az általános gyakorlattal foglalkozó orvost a legközelebből érdeklik. Fontosnak tartja a kurzusszerű előadások tartását.

A főorvosi és külső tagok száma 394.

A pénztáros Chudovszky Móricz vidékre távozott. Az igazgatótanácsból kilépett Réczey Imre és Grósz Emil; beléptek: Török Béla, Kocsis Elemér, Palotai Andor. Bakó és Székács kir. tanácsosok lettek, Donáth 200 dollárnyi pályadíjat nyert. Végül az elhaltakról emlékszik meg: Kézmátszky Tivadar, Feuer Náthán, Hlatky és Jelinek dr.-okról.

A pénztárosi jelentés szerint befolyt 2549 korona 5 fillér, kiadott 2470 korona 67 fillér, pénztári maradvány 78 korona 38 fillér.

Végül a választásokat ejtették meg. Pénztáros lett: Laczkovich Elemér dr. Külső tagok: Balás Jenő dr., Bender Béla dr., Dolcsó János dr., Entz Béla dr., Forgách Aladár dr., Fleischmann László dr., Gulden Róbert dr., Heim Pál dr., Holzner Gusztáv dr., Kern Frigyes dr., Kollarits Béla dr., Marosvitzky Pál dr., Ország Lajos dr., Ördög Ödön dr., Paleta Viktor dr., Raab Vilmos dr., Raisz Sándor dr., Schöller Károly dr., Schürger Adolf dr., Strelinger Sámuel dr., Szász Endre Hugó dr., Szűcs Illés dr., Verebely Tibor dr., Weisz Ede dr., Pólya Jenő dr.

(I. bemutató ülés 1903. január 14-dikén.)

Elnök: Schrod Antal. Jegyző: Juba Adolf.

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Fejér és Ángyán tagtársakat.

A n. sympathicus hűdési jelenségei a szemén.

Fejér Gyula: A n. sympathicus a szem négy sima-rostos izmát látja el, u. m. a m. palpebralis sup. és inferiort, a musculus orbitalis és a dilatator pupillae. A m. palpebralis sup. a m. levator palp. sup. aponeurosisában fekszik és a felső szemhéj tarsusának felső széléhez tapad, a palpebralis inf. a rectus inferior inából ered és az alsó szemhéj tarsusának alsó széléhez tapad. Mindkét izom rendeltetése az, hogy a szemhéjak emelésében segédkezzenek és a szemhéjakat a szemteke mozgásaihoz formálják. A m. orbitalis a fissura orb. infer. felett van kifizítve, rendeltetése a szemteket állandóan bizonyos feszült helyzetben tartani. A dilatator pupillae viszont az iris szövetének hátsó rétegében van, a pupillát tágitja és a szembogárszűkítő izom működését ellensúlyozza. Ha a négy izom hűdve van, azoknak működése elmarad, az antagonista izmok túlsúlyban vannak és egy tünetesoport keletkezik, melyet Horner 1869-ben először és Nicati tanulmányozott behatóan. E tünet-

csoportba tartozik a felső szemhéj csekély ptosis, miosis és a szemteke besüppedése, u. n. enophthalmus. Az arczbőr trophiás elváltozásaiban az észlelők nem egyeznek meg, egyrésze az arcz vérbőségét, emelkedett hőfokát és izzadást irt le, míg mások az arcz szárazságot, sorvadást tapasztalták. De utóbbi tünetek nem bírnak állandó jelleggel, váltakoznak a hűdés különböző stadiumaiban.

Előadó egy beteget mutat be, kinek strumája van, mely öt év előtt támadt, 2 év óta növekszik és pedig csak a bal nyakon. Bal szemének felső szemhéját $\frac{3}{4}$ év óta nem tudja emelni. A Horner-féle tünetcsoport szépen látható, mert a felső szemhéj annyira *lecsüng*, hogy a pupilla felső szélét takarja, a bal pupilla *szűk*, félannyi, mint a jobb, bár reactioja directe, synergice és alkalmazkodásra prompt, a szemteke *besüppedése* feltűnő. Szem látóképessége $\frac{5}{7}$, szemfenék ép, látóterének felső része concentricusan szűkült — a ptosis miatt. A bőrről feltűnik, hogy a bal arczfél vérdúsabb, pirosabb, melegebb, egy év óta nem izzad, állandóan száraz, míg az arcz jobb fele bőségesen izzad. Bőrérzékenység mindkét oldalon egyforma. E tünetet is a sympathicus hűdéséből lehet magyarázni, mert a vasoconstrictorok hűdése következtében az edények tágak és vérből lesznek, a mi a hőfok emelkedését jelenti.

A sympathicus hűdése a struma nyomása következtében jött létre, mi intrathoracicus daganatoknál, strumánál, lymphománál vagy aneurysmánál elég ritka jelenség.

Ezen tünetcsoporttal most gyakrabban találkozhatunk. Hisz tudjuk, hogy három betegséget is hoznak összefüggésbe a sympathicus ideggel, úgy mint a glaucómát, morbus Basedowi-t és epilepsiát. Ezért megkísérelték a ggl. cervicale supremumot extirpálni, az úgynevezett *sympathectomiát* végezni, váltakozó eredménnyel.

Előadó azt gondolja, hogy a jelen esetben a sympathicus nyomása nem nagyfokú, mert az arcz vérbősége, hőfokának emelkedése arra mutat, hogy a hűdés az I. stadiumban van, hiszen Nicati szerint a későbbi időszakot a sorvadás és vérszegénység jellemzi. A daganatot Prochnov m.-tanár úr fogja extirpálni, szóló csak a szép tünetcsoportot akarta demonstrálni és annak jelentőségét, keletkezését magyarázni. Műtét után a beteget újra bemutatják és látni fogjuk, hogy a n. sympathicus felszabadítása után a szemtünetek visszafelődtek-e vagy sem.

Donáth Gyula: 1897-ben 5 betegem végeztetett sympathectomiát. Leírta az eseteket a közközbírák évkönyvében és a klinikai füzetekben. A sympathicus resectioja és pedig a ggl. supremum és medium és az összekötő rostok kiirtása után fellépő tünetek azonosok: a kiirtás felén arczipir edénytágulás folytán, miosis, gyenge ptosis, izzadás és a pupilla reactioja fényre, alkalmazkodásra, mydriaticumra és mioticumra. Bebizonyíthatta, hogy a látatágítók és szűkítők a sphincter és dilatator pupillare hatnak. A szóló által itt bemutatandó betegnél öt év előtt történt epilepsia miatt sympathectomia, az arczipir már a negyedik napra eltűnt, csak nagyobb mozgásnál lép fel, jeleül annak, hogy a véredényeket más idegek is ellátják, nemcsak a sympathicus és az epilepsiánál Jonesco által szándékoltt állandó edénytágultság nem érhető el. Csekély ptosis, miosis és enophthalmus ma is láthatók a betegnél.

Osteoma sinus frontalis operált esete.

Manninger Vilmos: A daganat a j. o. homlokából hátsó falából indult ki, mandarin nagyságú volt és a betokolt orbitalis osteomát minden jellegét mutatta. Műtétét úgy végezte, hogy a homlokcsont kártyapapír vastagságú mellső lemezét a csonthátyával együtt lepraeparálva, a daganatot részletekben távolította el. Szükségessé tette ezt az a körülmény, hogy a daganat a szemüreg, bal homloküreg és az orr felé nyulványokat bocsátott. Kocsányát a hátsó lemezből kivéve, mely helyen a dura koronányi területen fekszik szabadon, tamponade jodoformgazezal. Harmadnapra a lebeny visszahajtása után mindkét ductus naso-frontalis elzárása paraínnal. A mellső csontlebeny a dura szabadon fekvő részére helyeztetvén, a seb elzárása. Teljes prima. A betegnél már másodízben elmezavar áll fenn. A két betegség okozati összefüggése azonban ki nem mutatható. Bemutató fontosnak tartja, hogy hasonló esetekben az orrüreg a sebtől elzárassék, a mi ez esetben paraínnal teljesen sikerült. Ez óvószabály elmulasztása magyarázza, hogy az 1894-ben így operált 15 eset közül 10 halt meg genyes agyhártyagyulladás vagy agytályog folytán.

Sipőcz Géza: A megfigyelt-osztályon észleltük műtét előtt és után a beteget. A fiú három évvel ezelőtt betegedett meg trauma után, egy hónapig tartó zavarodottsága volt. Hat hét előtt újra zavart lett, hallucinatorius zavarodottság lépett fel nála, mely lassanként stuporba ment át. Szellemeket látott, szótlaná vált, szellemi és mozgási gátoltság lépett fel nála gyengébb fokú catalepsiás állapottal. Hogy van-e a trauma és a psychosis között összefüggés, lehetséges, erre az irodalomban vannak adatok; ép úgy arra nézve, hogy a sinus frontalis és az orr egyéb melléküregeinek bántalmi kiválthatnak psychikus zavarokat. A terhelt család, serdülő kor, praedisponáló momentumokat képezhettek. A lefolyásról még korai nyilatkozni, a műtét óta még alig telt el két hét.

Prochnov József: 1891-ben két esetet mutatott be Kovács tanár klinikájáról, melyek a sinus frontalis tágulásával jártak együtt. Egyikben empyema volt, a másodikban osteoma, mely eltérőleg ezen esettől elefántcsontkemény volt és el sem volt távolítható.

A cornea gonorrhoeás fekélyesedésének operatív kezelése.

Goldzieher Vilmos: A gonorrhoeás kötőhártyalob főveszélye abban áll, hogy genyes infiltratio jön létre a corneában fekélyek vagy tályogok alakjában, mi által a cornea részben vagy egészben szétesik,

az iris prolábál és az újonnan képződő hegyszövettel összenő. A cornea ezáltal nemcsak átlátszóságát veszti el, hanem rendes görbülete is kárt szenved, a mennyiben a hegyszövetből képződő *staphyloma* az átlátszónak megmaradt cornearészletek görbületét is megváltoztatja, úgy hogy későbbi indectomia sem képes hasznavehető látást adni. Ez a veszély főleg a széli staphylománál fenyeget, minthogy már kisebb terjedelmű ectasiák képesek a szem látóképességét nagyrészt tönkretenni.

Két esetben sikerrel kísérlete meg szóló még genyedésses folyamatban levő szemeken ezt a veszélyt operatív úton eltávolítani. Az operatio abban állott, hogy a kellőleg megtisztított szaruhártya-fekélyesedésre conjunctivalis lebenyt transzplantált, nemcsak azért, hogy a táplálkozásában zavart cornea az edénydús conjunctivalis lebeny által táplálékot és védelmet nyerjen, hanem azért is, hogy ellentállóbb hegyszövet teremtése által a staphylomaképződés megakadályoztassék.

A két eset a következő: 1. Fialat ember, ki 1902. december 12-dikén vétetett fel acut conjunctivitis gonorrhoeicával a jobb szemén. A cornea belső része már genyes volt, a többi cornea-rész szürkésen infiltrált. Áttörés, nagy irisprolapsus, mely hólyagszerűen kitágult.

December 29. Operatio. A conjunctiva felső része a limbustól a fornix felé szabaddá praeparáltatik és a praeparált lebeny fonalba fogása után a prolapsus Beer-féle késsel eltávolítatik, a sebszélek ollóval megtisztítatnak és a kötőhártyalebenyek ráhuzatnak. Öt nap múlva a fonalak eltávolítottak. Azóta a cornea oly szépen megtisztult a rendes görbület mellett, hogy a prognosiss quoad visum kitűnő. Az átlátszó lebeny azóta egyre kisebbedik, a nasalis része visszavonult, úgy hogy még a tapadó lebeny vaskos pseudopterygiumként átfeszül a corneára. 2. Fialat nő, ki mult év december 19-dikén nagyfokú kötőhártya-gonorrhoea miatt vétetett fel. A felső limbus alatt levő cornealis sector már genyesen volt szétesve, az iris előesve. Az iris prolapsus napról napra nagyobbodott és hólyagszerűen kitágult. A cornea infiltratioja e mellett tovább terjedt, úgy hogy az egész hártya már szürke volt. 1903. január 2-dikén észrevették, hogy a mellső csarnok fenekén hypopyon van. Az operatio január hó 3-dikán történt. A felső limbustól kezdve egészen a fornixig szabaddá praeparálja a conjunctivát, a lebenyt lefelé is mobilizálja ollóval addig, míg a felső conjunctivát annyira ráhuzhatja a corneára, hogy az egész staphylomás terület kényelmesen befedhető. Azután a staphylomát Beer-féle késsel eltávolítja, a sebszéleket ollóval tisztítja, a conjunctivát ráhuzza és varratokkal fixálja. Az effectus már rövid idő múlva kitűnő volt. Az infiltrált cornea visszanyerte átlátszóságát, a hypopyon eltűnt, a staphyloma-képződés lehetősége ki volt zárva, mert az azelőtt kitágult helyen ellenálló, bőven erezett hártya van. Tehát ez a szem is, melynek prognosisa a lehető legrosszabb volt, meg van mentve.

Ezen tapasztalatok után azt hiszi, sok esetben fog sikerülni a gonorrhoea által megtámadott szemek látóképességét megtartani. Véleménye szerint bátran lehet a genyes stadiumban is a plasticát végezni és sokkal észszerűbb, ha az áttörést be nem várva befedjük a corneát a conjunctivalis lebenyvel már akkor, ha genyesen beszűremkedett, abból a praesumptióból kiindulva, hogy a cornea zavart táplálkozásán a conjunctivára való befedés által segítünk.

Kizárt cruralis sérvben levő coecumból és appendixből eltávolított műfogsordarab. Gyógyulás.

Fischer Aladár: A gyomor-bélhuzamban levő idegen testek casuisticája a dolog természeténél fogva rendkívül gazdag és változatos. Egyrészt a bejutás módjának kalandos volt, másrészt az idegen test vándorlása, sorsa, nagysága, alakja stb. mindig új és változatos oldalakat mutat. Idevág ez az eset is. R. A. 50 éves fodrásznő mult év december 12-én vétetett fel Navratil tanár osztályára. Nyolcz nappal felvétele előtt evés közben alsó műfogsora eltört és később annak egyik, négy fogat viselő darabját hiába kereste. Hogy valami kemény darabot lenyelt volna, nem vette észre. Négy napig jól érezte magát, ötödik napon vette észre, hogy kis jobboldali cruralis sérv, mely azelőtt semmiféle kellemetlenséget nem okozott neki, többé nem reponibilis.

Minthogy állapota mindig rosszabb lett, osztályunkra jött, a következő állapotban: Gyengén fejlett, rachiticus esontrendszerű, igen lesoványodott beteg. Jobboldalt diónyi, meglöbösödött cruralis sérv. A has mérsékelten puffadt, nyomásra alig érzékeny. Szék és szelek állítólag három nap óta nem mennek. Rögön sérvműtétet hajtott e betegre végre, mikor is kiderült, hogy a sérvben a kurta, kitágult appendix és a coecum szomszédos részlete foglal helyet, hogy ezekben egy kemény, éles, idegen test van, ezen idegen test élesebb szélének megfelelően a proc. vermiformis fala 1 cm. hosszban és $1\frac{1}{2}$ cm. szélességben exulcerálva van; az idegen testnek egy része a sérvkapu felett volt, mely utóbbi erősen reá volt szorulva az idegen testre. Ezeket látva, a sérvkaput kiadón kitágította felfelé vezetett metszéssel, a hasüreg kellő védelméről gaze-compresssekkel gondoskodott és azután a coecumot elővonta. Kiderült, hogy a sérvkapunak megfelelőleg és a felett is a coecum vak zacskója már nagyon közel van a perforatiohoz. Ezután a coecumot bőven az éppen ressecta. Az eltávolított proc. vermiformisban és a coecum vak zacskójában levő idegen test azon fogorészletnek bizonyult, melyet beteg már nyolcz nap óta keresett. Az eltávolított fogorészlet két alsó incisívust, bal caninust és első praemolarist tartalmazott, kausuk lemeze igen éles; hossza $3\frac{1}{2}$, szélessége 2 cm. A coecum resectioja után betegnél Mikulicz-tamponadot és nyílt kezelést alkalmazott.

A lefolyás mindenben normalis volt, a beteg meggyógyult.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(Szakosztály ülése 1902. október 29-dikén.)

(Vége.)

Idült vállficzam készítményének bemutatása.

Winternitz M. Arnold: Az előadás kiegészítéseképpen idült váll-izületi ficzam készítményét mutatja be, melyen a fejecs dislocatioja, izmok megnyúlása és rövidülése, valamint a fejecs és izvápa secundaer elváltozásai jól láthatók. A készítmény annál inkább érdekes, a meny-nyiben tiszta, tuberc. törésekkel nem complicált subcoracoid. ficzamt képvisel. A fejecs fedve a mellizmok s a deltoides belső széle által a proc. coracoid. alatt fekszik. Felette húzódnak a m. coraco-brachialis és a biceps rövid feje. A hónaljképletek (art. s. v. axill. s. a karfonati gyökök) a fejecs által befelé vannak tolva. A m. deltoides igen sorvadt s az aeromionról egyenes vonalban húzódik le a felkarszonthoz.

Ezen izom lefejtése után az izvápa tájéka jól áttekinthető. A fejecs az izvápa elülső széle előtt, a lapoczká nyaka táján fekszik és boneztani nyakával az elülső izvápa szélhez támaszkodik. A fejecs ezen előfelé helyeződésének megfelelőleg a supra- és infrapinatus inai, valamint a teres minor ina megvannak nyúlva s közülök az infrapinatus ina teljesen befedi az izvápát, a nélkül azonban, hogy ahhoz erősen le volna növe. A m. subscapularis a lapoczká nyaka előtt fekvő fejecshez húzódnak inas tapadási részével azt teljesen befedi, előtte mintegy új tokszálalagot képez. Nevezett izom a scapulohumeralis izmok között az egyetlen, mely a fejecsnek subcoracoid helyzetéből eredőleg rövidülve van. Míg a supra- és infrapinatus izmok megnyúltak és az izvápához le-növe ninesenek s így akadályát a repositiónak nem képezhetik, addig a rövidült és a fejecs előtt ujonnan képződött tokszálalag erősen össze-nőtt m. subscapularis képviseli a repositio legnagyobb akadályát oly értelemben, mint azt előadó kifejtette.

(Szakülés 1902. december 11-dikén.)

Idegen test a hólyagban.

Haberern J. Pál: A hólyagba jutott testek casuisticája elég nagy; főleg pedig azoké, melyek egyszerűen az urethrán át jutottak oda, úgy hogy talán feleslegesnek is látszanék egy újabb eset közlése, ha egy- részt nem találnánk ezen eset lefolyásában a diagnostikára és therapiára vonatkozó némi érdekességet és ha másrészt nem látszanék czélszerűnek ilyen esetek kapcsán orvost és beteget újból és újból megfelelő elő-vigyázatra inteni, a midőn arról van szó, hogy a beteg bármi czélból maga végezze a műszernek a húgyesőbe vagy hólyagba való bevezetését.

Esete a következő: F. Lőrincz 50 éves számtiszt 1901. október 9-dikén azon kérdéssel fordult hozzám, vajjon nem lehetséges-e, hogy hólyagjába egy elastikus catheter becsúszott. Ő ugyanis már évek óta esténként régi és állítólag nagyfokú húgyeső-stricturái miatt elalvás előtt az ágyban tágitás czéljából ötös, tehát szűkebb kaliberű cathetert vezetett be s ezalatt elolvasta újságját s midőn ezzel készen volt, vette rendesen ki a tágitásra szánt cathetert.

Négy nappal ezelőtt, október 6-dikán szokott módon járva el, elaludt és éjjel nagy vizeleti ingerre ébredt, mely eleinte többször ismétlődött, később azonban némileg engedett s ezzel a beteg többé-kevésbé megnyugodott. Hogy a cathetert az előbb említett este eltávo-lította-e? nem tudja megmondani, mert a catheter eltávolításánál már rendesen nagyon álmos volt s miután több catheter állott rendelkezésére, azok számából sem tudta biztosan megállapítani, vajjon hiány-zik-e vagy sem. Csak mikor a vizeleti inger szokatlan gyakran jelent-kezett s itt-ott szokatlan fájdalmakat is okozott, kelt fel benne élén-kebben a gyanú, hátha becsúszott a catheter.

Midőn 9-dikén a sovány beteget látta, a végbelen és a nagyon sovány egyén hasfalán át megejtett bimanualis vizsgálat minden egyéb segédeszköz nélkül (cystoskop, Röntgen) kiderítette, hogy az elastikus catheterdarab meghajolva a hólyagban tapintható. A sovány egyénnél a két-két ujj között a catheter rendkívül meggyőző érzést adott s egész tisztán és élénken tapintható volt. Beteg ezzel másnap, azaz 10-dikén osztályára vettette fel magát. A midőn az urethra heges, hosszú szűkületéről meggyőződött, az idegen testnek cystotomia alta supra-pubica műtete által való eltávolítását tartotta legegyszerűbbnek s azonnal foganatosította.

A hólyagnak borvízzel való többszörös kiöblítése után, mi az urethra szűk volta miatt lassan ment végbe, a sectio alta-t szokásos módon, természetesen Trendelenburg-féle fektetésben, colpeurynternek a végbélbe vezetésével, harántmetszéssel a symphysis feletti redőben végezte. A rectusokat és musculi pyramidalest részben leválasztotta s a peritoneum feltolása után a hólyag mellő falát a bevezetett cathe-teren bemetszette. A muscularis részben hosszabb, 1,5 cm.-nyi, a nyálkahártyán kisebb nyílást ejtve, az idegen testként szereplő cathetert, az azt eléggé rögzítő hólyagból egy fogóval eltávolította. Miután végül hólyaghurutban szenvedő egyénnek volt dolga és a már négy nap alatt helyenként erősen incrustált catheter volt szeme előtt, nem tartotta feleslegesnek a hólyag belső falát ujjal körültapintani s midőn meggyőződött, hogy ez mindenütt sima és benne más idegen test nem tapintható, a hólyagot egyesítette. A mélyebb sora a varratnak a nyálkahártyáig vezetett, a felső sora a muscularist és az azt borító kötő-szövetet tartotta össze. A bőr csak a szélein egyesítettett, közepén a

hólyagig nyitva marad s kis jodoformgazo-darab lett bevezetve. Maga a catheter, mely a hólyagban ivalakban domborulatlan felfelé feküdt, nagyrészt incrustálva volt, mint azt a mellékelt ábra is mutatja.

Műtét utáni lefolyást illetőleg megjegyzi, hogy a bevezetett állandó cathetert a beteg igen jól tűrte. Harmadnap éjjel, 11-dikéről 12-dikére következő éjjel a nyugtalan betegnél a catheter kicsúszott s a beteg, dacára annak, hogy a hólyagnak vizelet által való feszülését érezte, csupa tekintetből a kezelő segédorvosra, nem akarta felkelteni s baját elárulni, a legnagyobb retentionalis kínok között a reggelt bevárta, a mikor a megjelent segédorvos a hasseben a vizeletesurgást konstata. Ez azonban nagyobb fokúvá nem vált az ismét bevezetett catheter mellett s néhány nap múlva a szivárgás teljesen megszűnt s a beteg négy hét múlva a kórházból gyógyultán távozott. Beteg hőmér-séke a műtét napján este 38,3, másnap 38,1, később azután egyszer 37,40. Ettől fogva láztalanra vált a beteg s hőmérséke 37°-on felül többé nem emelkedett.

A mi a catheter bejutási módját illeti, ez esetben a beteg hanyag-sága volt annak első és fő okozója. Beteg éveken át annyira hozzá-szokott ezen tágitási manipulációhoz, hogy egész tipikussá vált nála este lefekvéskor a cathetert, nem is fokozva annak calibert (ez esetben ötös számú), bevezetni, az újságot végigolvasni s azután már félig álomban a cathetert eltávolítani.

Hogy mennyire álomba merült volt a beteg már ilyenkor, mutatja, hogy nem emlékezett vissza, vajjon eltávolította-e a cathetert vagy sem? Lehet, hogy a bennhagyott mandrinnal a művelet megrövidített cathetert csak jobban betolta s csak a mandrint távolította el. Tudjuk, hogy a betegek, ha ilyenkor észreveszik a catheter becsúszását, annak kihúzása czéljából a penist húzzák előre s ezzel még inkább szolgáltatnak alkalmat az idegen testnek hátra, illetve a hólyagba becsúszására. Ez esetben ez kizártnak tekinthető, a beteg elaludt és művelet utóbb nem járult hozzá a catheter hólyagba jutásához.

A symptomák, melyeket előidézett, nem voltak túlhevések, véres vizelet nem is jelentkezett. A catheter nem lévően éles, hegyes, hanem elastikus, a test melegében elég rugalmas és puha, egyelőre hevesebb tüneteket nem is okozhatott.

Diagnosis szempontjából következő okból figyelemre méltó az eset. Ma ott, hol a cystoskopial való vizsgálat kérésztülvihető, ez a legmegbiz-hatóbb és legkötelesebb, oly esetekben is, hol a sondával nem érezhetjük és diagnostizálhatjuk az idegen testet pl. annak lágy-sága miatt, midőn oly érzést ad, mintha csak a hólyag falát érintenők. A Röntgen-sugárral való átvilágítás, illetve fotográfia nagyon sok esetben pontos diagnosist ad. A mi esetünkben azonban évek óta fennálló húgyesőszor-miatt a cystoskopial való vizsgálat nevezett baj előzetes ellátása nélkül, mely hosszabb időt vett volna igénybe, bajos lett volna, a Röntgen pedig nem minden esetben ad árnyeket.

Az azóta Kraske által ajánlott hólyagpunctio segítségével mellülről végzett cystoskopizálást sem ismertük még. Mind erre nem is volt szükség. A sovány egyénnél per rectum és hasfalán át végzett combinált vizsgálat a catheter fekvését, formáját és nagyságát teljesen biztosan kiderítette, úgy hogy hasonló esetekben, midőn más vizsgálat, nevezetesen a cystoskopia és sondázás nehézségekbe ütközik, a végbél-hasfali combinált vizsgálat magában is néha teljes biztonsággal czélhoz vezet. Ez természetesen kivételes esetnek veendő, különben cystoskop-és Röntgen-vizsgálat el nem mulasztandó.

Hólyagkitüremkedés (ectopia vesicae) két esete.

Alapy Henrik: Az első eset 14 éves fiúra vonatkozik. Az ureter-catheterekkel külön-külön felfogott vizelet vizsgálatából kiderül, hogy a két vese teljesen egyforma vizeletet választ ki, még pedig különböző napszakokban különböző mennyiségekben, reggel két óra alatt 40–60, este 120–230 cm.-t. A catheterek mellett vizelet nem ürül. Az egy ízben végzett fagyasztás tárgyát véletlenül igen alacsony fajsúlyú vizelet (1007) képezte, miből hyposthenuriára lehetett volna következtetni, rendszeren a fajsúly 1018–1023 közt váltakozik. Még további vizsgálatok szükségesek, mielőtt műtétnek vetné alá. Előbb eldöntendő, nincse-e jelen felszálló pyelitis.

A második esetben a 13 éves fiút a Maydl eljárása szerint operálta az uretereknek a flexura sigmoideába való átültetésével. A kilencz hónap előtt végzett műtétet a fiú igen jól állotta ki, utána teljesen meggyógyult. Most lágyéksérve gyökerecs műtete czéljából vette fel ismét osztályára, a midőn kitűnt, hogy sipolya támadt, melyből azonban 24 óránként csak pár csepp vizelet ürül s a sipolya legvékonyabb műszerrel sem átjár-ható. Valószínű, hogy spontán fog záródni. A vizeletet a végbél igen jól tűri, proctitis nem támadt. Vizeletét néha bólsárral együtt, néha tisztán üríti nappal 5–6 órai közökben. Éjjel vizelete néha aláfolyl, néha egész éjjel szárazon marad. A vizelet fehérjementes, rendes mennyi-ségű. E szerint felszálló fertőzésnek semmi jele sincs.

Két (3–5 éves) gyermeknél a műtét letális kimenetelű volt, a nélkül, hogy a bonezolárnál egyebet lehetett volna találni, mint az ureterek igen kisfokú tágulását (az egyik esetben ezenkívül mesen-terialis és peribronchialis gümőkört).

Ebből, továbbá az egyik esetben fellépett göresszerű fájdal-makból arra következtet, hogy bár a vizelet mindkét esetben bőven ürült a műtét után mindaddig, míg a gyermekek éltek, a veséknek mégis fokozott ellenállás ellen kellett dolgozniok, mely körülmény az elkerülhetetlen vérvesztéssel és a hosszú narkosissal egyetemben elegendő volt, hogy a fiatal gyermekek halálát okozza.

Ennélfogva helyesnek tartaná, ha visszatérnénk Maydl eredeti ajánlatára, hogy nagyon fiatal gyermekek e beható műtétet ne végezzük,

hanem halaszszuk a későbbi korra, midőn az egyén már ellenállóbb. De csakis ezt, a Maydl-féle implantációt tartja végrehajtandónak, a mennyiben 1. egy ülés alatt lehet végezni és 2. continenttiát teremti. A régebbi plastikus műtétek, melyek erre nem képesek, ma már csak történeti becsesek bírnak.

Utyés Géza: Hasonló esetet észlelt az I. sebészeti klinikán; egy 20 éves férfiról van szó, kinél az ureterekből tejszerűen fehér vizelet ürült ki időnkénti áramlásban. A vizsgálat a betegnél kétoldali pyelitis állapotot mutatott meg. Akkoriban betegnél ureter-cathetereket vezetve fel vesemedence-mosásokat végeztek 40% bóroddal s hetenként kétszer 1–2% AgNO₃ oldattal. A beteg egy pár hét alatt teljesen meggyógyult, vizelete teljesen feltisztult. Ekkor műtét nélkül távozott a klinikáról. Fél év múlva visszatért, midőn megint gyenge, tejszerűen fehér vizeletet ürített. Ekkor a műtét módokról lévén szó, a Maydl-műtét egyenesen contraindikálnak látszott, a recidiváló pyelitis miatt. Azt hiszi tehát, hogy azon esetek, hol az ureter zárókészüléke hiányos, illetőleg a viszonyok olyanok, hogy ott már az ectopiás állapotban felszálló infectio jött létre, ilyen esetek, ha a pyelitis meg is gyógyul, nem valók Maydl-műtetre, mert ott az ascendáló infectioa való alkalom a végből felől még inkább meg van adva s a gyógykezelésnek a vesemedence ezen műtét után nem olyan könnyen hozzáférhető.

Typhus pyothorax esete.

Zimmermann Károly: 34 éves beteget mutat be, a kinél három héttel typhus abdominalis lezajlása után oldalszúrások léptek fel, pyothorax keletkezett. A próbapunctio útján nyert geny bakteriologiai vizsgálatakor Eberth-féle typhus-bacillusokat talált tiszta tenyésztésben. Ezen diagnosit a bacillusoknak a colonbacillus szemből megkövetelt összes tenyésztési sajátosságai és a Vidal-féle serumreactio is igazolták. A reactio positiv volt; nemcsak a mellhártyaizsádmányból kitenyésztett bacillusok adták azt typhusbeteg vérvél szemben, hanem a beteg vére biztos typhus-bacillusokat is agglutinált.

Az esettel kapcsolatban előadók a pleuritisek bakteriologiájáról értekeztek, különös tekintettel az eddig közölt typhus-pleuritisekre, kiemelve a bakteriologiai diagnosit fontosságát és ismertetve a belőle a prognosis és therapia szempontjából levonható praktikus következtetéseket.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Gümöbaccilusok a vizeletben nem gümőkóros húgyszervek mellett. *Fournier és Beaufrumé* a „Société de biologie” november havi egyik ülésén beszámoltak azon vizsgálataikról, melyeket különböző szervek gümőkórjában szenvedő egyének vizeletének gümöbaccilus-tartalmát illetőleg végeztek. Tüdővérs különböző alakjában, továbbá meningealis és pleuralis gümőkórban szenvedő 15 beteg vizeletének üledékében megtalálták a gümöbaccilust, a nélkül, hogy a húgyszervek részéről gümőkóros elváltozás felvehető lett volna; némely esetben a boncolás is igazolta a húgyszervek gümőkórjának hiányát. Érdekes, hogy némely esetben — így tuberculosis miliaris acuta 3 esetében is — a vizelet gümöbaccilus-tartalma alapján lehetett csak az addig homályos kórismét biztosan megállapítani.

Rendkívül hosszú ideig tartó typhus esetét ismertette Lévi a párisi „Société médicale des hopitaux” január 9-dikén tartott ülésén. A lázas szak 105 napig tartott és ezen idő alatt szövődmenyeként két ízben bélvérzés, továbbá phlebitis, tüdőcongectio és sero-fibrinosus pleuritis, cholecystitis és cystitis haemorrhagica is lefolyt. Mindennek dacára a beteg — egy 40 éves nő — teljesen meggyógyult.

PÁLYÁZATOK.

466/1903. szám.

Az elhalálozás folytán megüresedett és 11 községet számláló szalárdi kör-orvosi állás betöltésére pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmak évi 1400 korona fizetés, a szokásos vén- és látogatási díjak szedhetése, halottkémleli díjak a székhelyen, valamint természetbeni fuvar, esetleg a köri községekkel megállapítandó fuvardíj-átalány.

A választás f. évi március hó 23-dikán d. e. 9 órakor Szalárd község-házánál fog megtartatni.

Felhívom mindazon kellőleg minősített orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám f. évi március hó 21-dikén d. u. 5 óráig annál is inkább nyújtsák be, mert később érkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

A megválasztott körorvos állását f. évi április hó 1-vel elfoglalni tartozik. Szalárd, 1903. évi február hó 22-dikén.

2-1

Csanády Jenő, főszolgabíró.

5305/1903. sz.

A nyitrai vármegyei központi kórházban Nyitrai rendszerezett osztályvezető orvosi állásra a m. kir. belügyminister 125.000/1902. számú körrendeletével életbeléptetett vármegyei ügyviteli szabályzat 2. §-a alapján pályázatot nyitok.

Felhívom mindazokat, a kik az 1883: I. t. cz. 9. §-ának II. alcímében ily állásra előírt képesséssel és legalább két évi szakgyakorlattal bírnak, hogy a mennyiben ezen, évi 2000 korona fizetés és 500 korona fuvarilletmény élvezetével és nyugdíj jogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, pályázati kérvényüket a szükséges okiratokkal felszerelve az ügyviteli szabályzat 4. szakaszában előírt módon 1903. évi április hó 15-dikéig nyújtsák be.

Az a pályázó, a ki közszolgálatba állott és azt megszakította, vagy abba-

ahagya, köteles hivatalos működése időleges szünetelésének, illetőleg kilépésének okát okirattal igazolni.

Nyitra, 1903: évi február hó 27-dikén.

Markhot, alispán.

Dr. Bárony János úr a budapesti egyetemi I. számú szülészeti és nőgyógyászati tanszékre rendes tanárrá nevezetvé ki, a magyar vörös-kereszt egyesületétől lemondott. Az egyesület központi igazgatósága az orvosi állásáról önként lemondott. A központi igazgatóság az orvosi állásáról önként lemondott. A központi igazgatóság az orvosi állásáról önként lemondott. A központi igazgatóság az orvosi állásáról önként lemondott.

192/903 közg. sz.

Csikmegye felsőik járáshoz tartozó Gyimesbükk, Gyimes Felső- és Közép-Lok községekből alakított gyimesi közegészségügyi körben Gyimesbükk község székhelyén az orvosi állomást lemondás folytán üresedésbe jövén, annak betöltését végett ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állomással 1200 korona évi fizetés, 80 korona lakbér és mind kinevezendő Csikgyimesi pályaorvosnak az Ajnádtól Gyimesig terjedő 31-3 km. hosszú vonalszakaszon a pályaorvosi teendők végzéseért évi 600 korona tiszteletdíj jár. A községekkel és azok közigazgatási területén levő fűrésztelek tulajdonosaival egyezség útján megállapítandó látogatási, látélet és bizonyítványkiállítás díjakon kívül körorvos a védőhím-oltásért és újraultásért az országos érvényű díjakat felszámíthatja és a bíróságok felhívására végeztetett szakértői működéséért a szabályszerű díjakat igényelheti, székhelyén halottkémlelést és hússzemlélt a szabályszerű díjak mellett végezni s községeit havonként kétszer beutazni tartozik. Községeinek szegényeit pedig ingyen köteles gyógykezelni. A magánlátogatásokra feleltől fuvart követelhet. Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, miszerint az 1883: I. t. cz. 9. §-a értelmében eddigi gyakorlatukat is igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám 1903. évi március hó 31-dikéig nyújtsák be. A választás Gyimesbükkben 1903. évi április hó 4-dikén délután 1 órakor fog megtartatni.

Csik-Szereda, 1903. évi március hó 1-jén.

3-1

Fejér Sándor, főszolgabíró.

1126/903. I. sz.

Pest vármegye pomázi járásának Nagykovácsi községében a községi orvosi állás üresedésbe jövén, annak betöltésére pályázatot hirdetek.

A községi orvos javadalmazása: Havi előleges részletekben évi 1400 korona, lakbér 240 korona, látogatási díj délelőtt 60 fillér, délután 1 korona 20 fillér, sebészeti és műtőbeavatkozásoknál külön egyezség szerint, látletekért a bélyegen kívül 4 korona, a halottkémlelést 80 fillér.

Előjárásigazolt szegények gyógykezeléséért díjak nem szedhetők. Külterületekre természetbeni fuvar, vágóbiztosítási és hússzemleldíjak szabályrendelet szerint. A budapesti kerületi betegsegélyező pénztártól esetleg 200 korona tiszteletdíj, s a helybeli grófi uradalomtól 10 rakás száraz fa.

A választást 1903. évi április hó 4-dik napjának délutáni 3 órájára Nagykovácsi község-házához tűzőm ki.

Pályázni kívánók kérvényeiket a választást megelőző nap déli 12 óráig hozzám annyival inkább bemutassák, mert a későbbben érkező kérvényeket tekintetbe venni nem fogom. A község Budapesthez kocsin egy órányira van, lakosságából még sokan kizárólag németül beszélnek. Az orvosnak kézi gyógytár engedélyezésére biztos kiutazása lesz. Felvilágosítás hivatalomnál mindenkor kedden délelőtt nyerhető.

A múlt hóban megválasztott községi orvosom melletti jelentkezett és állását elfoglalta volna, családai körülményeinek változása miatt mondott le állásáról.

Pomáz, 1903. évi február hó 28-dikán.

Dr. Csapó Loránt, főszolgabíró.

90/2—1903. eln. szám.

A vezetésem alatt álló brassói kir. törvényszékhez rendszeresített második törvényszéki orvosi állás betöltése céljából a nagyméltóságú m. kir. igazságügyminister úrnak f. é. február hó 16-dikán 3528. I. M. 1903. III. sz. alatt kelt rendelete alapján ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom ennél fogva mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy a képzettségüket és a törvényszéki orvosok részére előírt vizsga letételét igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket ezen hirdetménynek a hivatalos lapban való harmadszori megjelenésétől számított két hét alatt hozzám annál bizonyosabban nyújtsák be, mert a később érkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Brassó, 1903. évi február hó 25-dikén.

3-2

A brassói kir. törvényszék elnöke.

177/903. közg. sz.

Hunyadvármegye dévai járásában levő piskitelepi körorvosi állás megüresedvén, erre ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvosi körhöz 29 község tartozik.

Az állással egybekötött javadalmak a következők:

1. 900 korona a dévai m. kir. adóhivatal által fizetendő évi fizetés.

2. 460 korona úti átalány.

3. A szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A megválasztott körorvos tartozik Piskitelepen lakni és körének községeit negyedévenként a megállapított sorrendben beutazni. Piskitelepen a halottkémlelést is végezni tartozik, a miből egyéb orvosrendőri vizsgálatokkal együtt mintegy 400 korona mellékjövédeme leand.

Felhívom pályázni kívánók, hogy törvényszéki minősítésüket és nyelvismereteiket feltüntető bizonyítványokkal felszerelt folyamodványaikat folyó évi március hó 25-dikéig bezárólag hivatalomhoz terjesztsek be, annyiival is inkább, mert később beérkező vagy kéltően fel nem szerelt folyamodványokat tekintetbe venni nem fogom.

A megválasztott körorvos állomását folyó év április hó 1-jén elfoglalni tartozik.

A választás folyó év március hó 30-dikán Piskitelepen a község-házánál d. e. fél 12 órakor fog megtartatni.

Déva, 1903. évi február hó 14-dikén.

3-3

Csulay Lajos, főszolgabíró.

380. sz.

Abauj-Torna vármegye cseréhati járásába kebeleztetett Stoós nagyközségében rendszeresített és lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot nyitok és felhívom a pályázókat, hogy orvosi minőségüket, az eddig teljesített gyakorlatukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket figyelembe tartásával az 1883. I. t.-cz. 9. §-ának és az 1876. XIV. t.-cz. 143. §-ában foglalt rendelkezéseknek hozzám 1903. évi március hó 16-dikáig bezárólag annál is inkább adják be, mert a később beérkezett folyamodványok figyelembe nem fognak vétetni.

A választást 1903. évi március hó 18-dikának d. e. 10 órájára tűzöm ki Stoós községházához.

Az orvosi állás javadalmazása 1600 korona évi fizetés, évi 200 korona lakbérilletmény, továbbá a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

Abauj-Szepesi, 1903. február hó 13-dikán.

3-3

Géczy Gyula, főszolgabíró.

Üresedésben levő állások.

Lejárát	Állás	Hely	Fizetés	Czím
márc. 15	másodo.	Aradm. kórház	1600 k. és lakás	Arad vármegye alispán, Arad
" 15	körorvos	Gyergyó-Remete, Csikm.	2336 k., 200 k. lakás, 104 k. fuvardíj	Dr. Lázár J. főszolgabíró, Gy.-Szt.-Miklós
" 16	járásorv.	Vágsellyei jár.	1200 k., 600 k. úti át.	Markhot alisp., Nyitra
" 16	közs. orv.	Talpas	1200 k.	Éder G. f. szb., Kis-Jenő
" 20	körorvos	Bokszeg, Arad-megye	1200 k.	Borsos Géza főszolgabíró, Borosjenő
" 21	"	Pecze-Szőllős, Biharmegye	1826 k. 22 fill.	Főszolgabírói hivatal, Nagyvárad
" 31	fürdőorv.	Stubnya-fürdő	1000 k. és lakás	Palkovics Emil polgármester, Kőrmöcsbánya

HIRDETÉSEK.

Vegyí, górcsővézeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

1900. május 1-től VI., Andrássy-út 50 (Oktogon-tér).

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudátum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAJ GÁBOR, v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

Dr. Brehmer Tüdőbeteg-Gyógyintézete Görbersdorf Sziléziában.

Téli és nyári kurák ugyanolyan sikerrel.

Főorvos: Dr. Petri, titkos tanácsos, dr. Brehmer volt segédje.

Prospectusokat díjmentesen küld a gondnokság.

Marienbad világfürdőhely (Csehország).

A marienbadi ásványvizsétküldési vállalat otthon használandó ivókúrájának ajánlja:

Kreuzbrunn

Európa legerősebb glaubersós vizei.

Ferdinandsbrunn

Javallatok: Általános elbizás, hájszív és hájmáj, a lélegzés és vérkeringés zavarai fokozódó elbajásodásnál, mindennemű pangási hurutok, altesti vérpangás, aranyér, idült bélrenyheség és mindenféle következményei, a klimacterium bajai, diabetes.

Waldquelle

Javal: A garat, légző és légzőszervek hurutjai, emésztő szervek hurutjai.

Ambrosiusbrunn

Legdúsabb tiszta vasas savanyúvize Európának, 0.17 kettő szénsavas natron egy literben.

Rudolfsquelle

Javal: Vérszegénység, chlorosis, szervi gyengeségi állapotok, neurasthenia.

Legkiválóbb képviselője föld.-alk. forrásoknak.

Javal: A húgyutak idült hurutjainál, vese- és hólyagkövek, köszvény, húgysavas diathesis.

Evről-évre fokozódó fogyasztás.

Marienbadi természetes forrás

savat közömbösítő, könnyen oldó, biztosan és enyhén hashajtó. Kitűnően támogatja a marienbadi vizek használatát.

Marienbadi forráspastillák

Javal: gyomorégés, gyomorgörös, rekedtség és elnyálkásodás.

Marienbadi ásványtáp

a hatásos alkotórészekben és savtartalmában (7-8%) legzadagabb táp. Kapható az ásványvízkereskedésekben, gyógyszerárakban és drogueriákban vagy közvetlen: Mineralwasser-Versendung, Marienbad (Csehország).

A marienbadi ásványvizek és forrástermékek az orvos uraknak kíséreltetés céljából ingyen állnak rendelkezésre.

CSÁSZÁR-FÜRDŐ BUDAPESTEN.

Nyári és téli gyógyhely. Elsőrangú kénes hévízfű gyógyfürdő, páratlan gőzfürdővel, legmodernebb iszapfürdőkkel, pompás ásványvíz-uzodákkal, kő- és kádfürdőkkel, 200 kényelmes lakosztóbaival. A legsolidabb kezelés. Prospectus kívánatra ingyen és bérmentve.

UJ-TÁTRAFÜRDŐ * Hidegvízgyógyintézet és Sanatorium.

Tüdőbetegeknek (kezdeti stádium), idegbajosoknak (function. zavarok, morb. Basedow, neurasthenia, álmatlanság stb.), anyagcserezavaroknál (diabetes, oxaluria, köszvény stb.), vérbetegségeknél (chlorosis, anaemia, leukämia, malaria stb.), üdülőknek, karlsbadi utókúra stb.

Gyógyeszközök: levegő- és fekvőkúra, daetikus gyógymód (hízaló és soványító kúra), inhalatio (lignosulfít, törpefenyőgőz), hidegvíz-kúra, moór- és törpefenyőfürdők, sanatoriumi kezelés.

— Mindig nyitva! —

Dr. Fái Mátyás Miklós

rendelő orvos.

Duotal

Creosotal

Duotal „Heyden“ és Creosotal „Heyden“ legjobb szerekeknek bizonyultak tüdő- és gége-tuberculosis, bronchitis és görvélykór ellen. Tiszta gyógyhatás, a Creosot és Guajacol mellékhatásaival, rossz szagával és rossz ízével nem bírnak. Sohasem izgatják a gyomrot és beleket. Nagy fokban fokozzák az étvágyat. Gyors súlyemelkedés és javulás. A phthisis első időszakában már néhány hónap alatt gyógyítható.

(1. OH.)

Mintákat és irodalmi közleményeket díjtalanul küld:

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

Budapest, VII., Városligeti fasor 13—15.

Minden igényeknek megfelelő magángyógyintézet. Felvételnél férfi- és nőbetegek, nőgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati, fül-, gége- és szem-bántalmakkal; hízaló kúrák; tabes betegek gyógyítása (dr. Frenkel-féle módszer) dr. Sarbó Arthur egyet. magántanár vezetésével. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár vagy speciálista által. Állandó orvosi felügyelet. Jó ellátás. Telefon. Prospectus.

LYGOSIN-CHININ

nem izgató antiseptikus sebkezelési szer.

Irodalom: Dr. Hevesi: Centralblatt für Chirurgie, Nr. 1.

Dr. Szendrő: Wiener Medicinische Wochenschrift
1902, Nr. 40.

LYGOSIN-NATRIUM

Antigonorrhoeum.

Irodalom: Dr. Hevesi: Centralblatt für Chirurgie 1902, Nr. 1.

Dr. Parád: Orvosi Hetilap 1902, Nr. 27—31.

Minták és irodalom ingyen állnak az orvos urak rendelkezésére.

Vereinigte Chininfabriken

ZIMMER & Co., FRANKFURT a. M.

Szag és íz nélküli a

Zoltán-féle Csukamáj-olaj

(Rendelési mód: Ol. jecoris aselli sec. Zoltán lag. original.)

s ezért gyermekek, valamint felnőttek undor nélkül veszik. — Kitűnő hatású: **táplálkozásban visszamaradt, rhachitikus és scrophulotikus gyermekeknél, phthisikusoknál.** — Készítője:**ZOLTÁN BÉLA gyógyszerész, Budapest, V., Nagykorona-utca 23. sz.**

Kapható az ország összes gyógyszerésztáiraiban üvegenként 2 koronáért.

: AZ 1900-IKI PÁRISI VILÁGKIÁLLÍTÁSON KITÜNTETÉST NYERT :

SYRHYPHOPHOSPHIT.COMP.D^r EGGERIndicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis
Kapható minden gyógyszerésztárban.**REINIGER, GEBBERT & SCHALL****Wien, IX/3., Universitätsstrasse Nr. 12.**
Berlin—Erlangen—München.

Különlegesség: Villamos orvosi készülékek galvanisatio, elektrolyse faradisatio, franklinisatio, kaustik, endoskopia stb. orvosi csatlakozó készülékek villamos fényvezetékekhez.

Röntgen-berendezések. Villamos fényfürdők.

Képes árjegyzések ingyen és bérmentve.

Képviselő Budapesten:

WONKE REZSŐ műszerész
VI., Ó-utca 42 (Mintaraktár).**Kalle & Co., chem. Fabrik, Biebrich a. Rhein.**

Pharmaceutikai készítmények osztálya.

Orexin-TannatLegjobb stomachicum, teljesen íz-
len, biztos hatással étvágyhiány,
hyperemesis gravidarum és a tengeri és vasúti
utazásnál fellépő kellemetlen tünetek ellen. **Orexin-tablet-**
tek és -csokoládé-tablettek à 0.25 gr.**Bismutose**Biztos, teljesen ártalmatlan adstringens
bélbajoknál; izgatást enyhítő **protec-**
tivum ulcus ventric., hyperaciditás stb. ellen. Ada-
golás: felnőtteknek 3—5 gr. óránként, kávéskanálként, gyer-
mekeknek 1—2 gr. óránként, felkeverhető mixturában vagy
rizslevesben.**Dormiol**Gyorsan ható **altató szer** 0.5—3.0 gr. adagok-
ban. Hatása a chloralhydrattal egyenlő ennek hát-
rányai nélkül. Mellékhatásai nincsenek. **Dormiol-capsulák**
à 0.5 gr.**Jodol**Legjobb jodoform-pótlék, **szagtalan és nem**
mérgező. Mindennemű syphilitikus betegség ellen,
sőt kiváló hatással (0.4—2.0 pro die) mint a jodkalium pótléka
belsőleg is alkalmazható.**Menthol-Jodol**Különösen alkalmas befúvásokra a
rhinolaryngologikus praxisban.

—> Irodalom ingyen és bérmentve. <—

Védjegy:

**CHINOSOL**D. R. P.
88.520. sz.

1, 1/2, 1/4 gr. tablettákban és poralakban.

Kitűnő sikerrel alkalmaztatott a trans-
vaali háborúban!

A sublimat, carbolsav stb. méregnélküli pótléka.

Gyorsan ható **stypticum** és **váladékmegszorító**

(l. „Deutsche Med. Wochenschrift“ 1901. 33. sz. 566. oldal).

Javallatok: Sebkezelés, szülészeti gyakorlat, nemi és bőrbajok, torok-,
orr- és fülbetegségek, antiseptikus irrigációk, prophylaktikus gargari-
zálás, a kéz fertőtlenítése, a betegszobák fertőtlenítése részére, továbbá
phthisis, gümőkór, lepra stb. Irodalom és vényminták ingyen és bérmentve.**Franz Fritzsche & Co., Hamburg-U.**

Vezérképviselő nagyban eladásra Ausztria-Magyarország részére:

WILHELM MAAGER, Wien, III/3, Heumarkt 3.**MERAN, SANATORIUM**
HUNGARIA.Tüdőbetegek és üdülők számára. Modernül berendezett intézet.
Méréselt árak. Prospektus.Kezelő orvos: **Dr. Gara Géza.****Anämin**
EISENPEPSIN-
SACCHARAT-
LIEBE

0.2% vas, mint ferrisaccharatum.

Eltartható!! Jó ízű!

Gyomornyomást nem okoz!**Székszorulás nincs!**

(még hosszabb használat után sem.)

Bőséges vasfelvétel mellett fokozott
étvágy, ennél fogva **kitűnő közérzet és testsúlygyarapodás.**
Dyspepsiák, idült gyomorbajok, vérvesztések és
gyengeségi állapotok minden fajánál kiváló hatású.**Liebe's Sagrada-Wein****Liebe-féle Sagrada-tabletták** (chokoládéval bevonva).

Kellemesen, biztosan és enyhén ható emésztési szer.

Minták és orvosi irodalom ingyen.

J. Paul Liebe.**Tetschen a. E.****Vegyészeti gyár**
Dr. Fritz és Dr. Sachsse**ALBOFERIN****WIEN, I,**
Bauernmarkt 14

egy könnyen oldható, szag- és íz nélküli tápláló és erősítő, vas-, phosphor- és fehérnyetartalmú szer; organikus, nagy fokban tömecsés

90.14% fehérnye, 0.68% vas, 0.321% phosphor.

Alboferin-por 100 gm. = K. 5.—, **Alboferin-tabletták** hozzátétel nélkül 100 db. = K. 1.50, **Alboferin-chocolade-tabletták** 100 db. K. = 1.80.Alboferin klinikai és magánorvosok által használtatik kitűnő sikerrel: Anaemia, sápkór, rhachitis, scrophulosis, neura-
sthenia, étvágytalanság, emésztési zavarok, gümőkór, vérvesztés, vesebajok, reconvalescensek és szoptatós nőknél.

Alboferin serkenti az étvágyat, gyarapítja a testsúlyt, erősíti az idegeket. — Bakteriummentes, határtalanig eltartható.

Az orvos uraknak minták és irodalom ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

Kapható valamennyi gyógytárban és nagyobb drogueria-üzletben.



Irodalom és minták az orvos uraknak díjtalanul küldetnek.

Ferratin

Ferratose

(Liquor Ferratini)

Jod-Ferratose

(Syrup Ferratini jodat.)

Lactophenin

C. F. Boehringer & Soehne, Mannheim-Waldhof.

mint „természetes vastáplálék“ javulva anaemia, chlorosis, általános testi gyengeség és a lábadozás stádiumánál. Adag naponta 3–4-szer 0.5–1 gr.

a Ferratin legkellemesebb adagolási módszere.

Javalatok: Nagyfokú görvélkór, rachitis, idült endometritis, malaria (kitünő roborans és tonicum).

legmegbízhatóbb antipyreticum, antineuralgicum, sedativum, javulva Typhus abdominalis, influenza, rheuma, ischias, migraine, neuralgia és neurastheniánál. Adagolás kezdetben (étkezés után szedendő) 0.4–0.5 gr.



A csukamájolaj legjobb pótléka.



VIVIEN-DRAGÉES CAPSULAK
CSUKAMÁJOLAJ-kivonattal „FIGADOL“

Könnyű adagolás. Kellemes íz. Felbűfögés és diarrhoea nem okoz. Az étvágyat fokozza, a testsúlyt gyarapítja.

Egy evőkanál VIVIEN-Bor vagy két darab VIVIEN-Dragee vagy egy darab VIVIEN-Capsula megfelel 2 evőkanál legjobb csukamájolajnak.

Irodalom és mintákat ingyen küld a

Magyarországi főraktár: **Török József** gyógyszerész, Budapest.

PARIS, Rue Lafayette 126.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, gőrsői és bacteriologia

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint gőrsői bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik

Dr. VAS BERNÁT a laboratórium vezetője.

Poliklinika: VII. Hársfa-utca 13–15. szám.

Cornides-féle fekete áfonya gyógybor
(Vinum myrtillor. Cornides)

meglepően biztos hatású gyógyszere a bélhurutnak s emellett kedvezően befolyásolja az emésztést. — Kapható gyógyszerárakban; hol nem, oda küld készítő 5 üveget 8 koronáért költségmentesen.

Cornides Károly, Felka (Szepesmegye).

Prof. Dr. W. Tunncliffe London, King's College: A dr. Vámosy egyet. m. tanár által felfedezett Purgót mint gyógyszerkészítménynek egy fontos faktort említi, a melyet kórházaiban kitünő sikerrel alkalmaz úgy felnőtteknél, mint csecsemőknél.

Prof. Dr. Kohts Strassburg, a poliklinikák igazgatója: A Purgót úgy felnőtteknél, mint

Irodalmat és mintákat ingyen és bérmentve küld a gyáros **Dr. BAYER** gyógyszerész Budapest, IX., Üllői-út 39.

Budapest, 1903. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Kószol Antal J.) Dorottya-utca 14. sz.

MATTONI LÁPKIVONAT
FÜRDŐK Készítésére
LÁP-LUG

Lápfürdők a házbán.

Az ásvány-lápfürdőknek egyedüli természetes pótléka
LÁPSO LÁPLUG
száraz kivonat folyékony kivonat
rekeszekben à 1 kg. üvegekben à 2 kilo.

Főraktár:
ÉDESKUTY L.
ásványvíznagykereskedés,
— cs. és kir. udvari szállító —
BUDAPESTEN.

TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A dugulás és annak következményei ellen, ú. m.: aranyérbántalmak, vértóduulás, fejfájás, étvágyhiány, epe-, gyomor- és bélbajok.

Nélkülözhetetlen az asszonyoknak, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyösen alkalmazható előrehaladt korúaknál és gyermekeknek. Semminemű drasztikus alkatrészeket, mint Aloë, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendszeres szorulásban szenvednek.

A Tamar Indien Grillon Franciaország első tekintélyei által javallatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerháza, Budapest, király-utca 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

PURGO

gyermeknek kitünően találta és használatánál sohasem tapasztalt kellemetlen mellékhatásokat.

A m. kir. szabadalmazott és védjegyzett Purgo kitünő ízű, páratlanul enyhe hatású hashajtó, keserű-víz és ileus helyett kitünően alkalmazható, a legkiválóbb orvos urak által rendelve, még csecsemőknek is adható.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi kórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán- gyakorlati terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Báron Jónás: Idegen test a homlokesontban. 166. l.

Áldor Lajos: Az idült vastagbélhurutok gyógyítása magas beöntésekkel. 167. l.
Ráskai Dezső: A bakteriuria. 169. l.

Manninger Vilmos: Közlemény Kocher tanár berni sebészeti klinikájáról. A coxitis tuberculosa műtéti kezelése. 171. l.

Tárca. Markusovszky-féle egyetemi jubiláris előadások. 172. l. — Sugár K. Márton: Válasz a németországi levélre. 173. l.

Közegészségügy. Budapest fő- és székváros közegészségügyi állapota 1902-ben. 173. lap.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Nagy Pál: A hasi hagymáz gyógykezeléséről. 175. l. — Könyvismeret. Donath Gyula: Die Anatomie und Physiologie der Kehlkopfnerven, mit ergänzenden pathologischen Beiträgen. — Lap-szemle. Gyógyszertan. Röder: A mesotan. — Húgysszerű betegségek. Walther

Pick: A gonorrhoea gyógykezelése. (Picker Rezső.) — H. Goodman: Mindkét csípőcsonton és a hólyagon át hatoló lövés sérülés. (Picker Rezső.) — Heuss E.: A helmitól vizelet-desinficiáló hatása. (Guszmán.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Helfer: Abrotanol-patillák. — Durand: Ton-sillitis phlegmonosa. — Meghívó a Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat évi köz-gyűlésébe. — Folyóiratok átnézete. 177. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kiténtetés. — Kinevezés. — A Budapesti Orvosok Szövetsége. — Az országos balneológiai egyesület. — A boroszlói egyetem. — Külföldi személyi hírek. — A budapesti általános poli-klinika. — Tauffer tanár szülészeti poliklinikája. — Az I. sz. női klinika szüle-szeti poliklinika. — Megjelent. — Elhunytak. 178. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudománycs társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Kórházi orvostársulat. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Idegen test a homlokesontban.

Báron Jónás dr. magántanár főorvostól.¹

R. Izidor, mátramindszenti születésű, 36 éves, nős, vendéglős, felfalui lakos, 1903. január 9-dikén vétetett fel osztályomra.

1894. február 12-dikétől márczius 3-dikáig Szili tanár úr osztályán feküdt. Akkor előadta, hogy 5 hét előtt ismert egyén karóval a fejére ütött. Az akkori lelet: „A középvonaltól kifelé a homlokesont baloldali részén 3 cm. hosszú heg, mely mélyen behúzódott és melynek alsó részén babnagyságú kiemelkedés van. A jobb szem és környéke nagyfokban duzzadt. A jobb felső szemhéjat emelni nem tudja, a jobb szemrészbe az alsó szemhéj kötőhártyájának hypertrophizált és vizenyős redője be van csípve és előesve, jobb szemét egy irányban sem képes mozgatni. A jobb szem állapotának leírása: chemosis, csarnok mély, iris színe zöldesen elváltozott, pupilla tág, pár hátsó odanövés. Átvilágítás-nál vörös fény kapható. Érintésre a szem fájdalmas. Fényérzés.”

1894. február 22-dikén narcosisban műtét: „A homlokesont baloldali részén csonttörés van jelen és annak felső része depri-málva van. A jobb szem felső szemhéján a szemöldökívvvel pár-huzamosan 2, 5. cm. hosszú seb készítettett, melyen keresztül ki lehetett tapintani, hogy az orbita tetőzetén kiálló kemény rész van, mely a bulbust nyomta.”

A kórtörténet hozzáteszi, hogy a beteg utólagos műtétbe nem egyezett. Ezzel valószínűleg azt akarja mondani, hogy a beteg nem egyezett abba, hogy a kiálló orbita-falrész eltávolíttassék.

Mikor a kórházat elhagyta, jobb szemét félig kezdte nyitni, egészen azonban azóta sem bírta nyitni. Körülbelül 1895.

január óta az addig ép bal szem fájni kezdett, azért orvosa azt tanácsolta, hogy a kóros jobb szem eltávolíttassék. A beteg e célra 1895. június 20-dikán Szili tanár osztályára vétette fel magát, a hol július 2-dikáig maradt.

Akkor a „homlok baloldalán a margo supraorbitalis felett kis diónyi félgömbalakú kemény daganat volt, mely az ütés helyén támadt csontthártyagyulladás következménye (exostosis). A jobb felső szemhéjon genyedő sipoly, melyen keresztül az orbita tetőzetéről . . . a szemüregbe beálló csontot lehet érezni. Szem atrophias.”

1895. június 24-dikén enucleatio bulbi oculi dextri narco-sisban. A kivett szemteke fent harántvályut mutat. A felső szem-héjon az ürjárat tágított a szemhéjjal (szemhéjszéllal) párhuzamos irányban, de a beálló csont semmiképp sem volt mozgatható. A fistulán keresztül genyedés van.

Állítólag ezen műtét óta a jobb felső szemhéj belső részén egy nyílás volt, melyen keresztül folytonosan geny ürült.

Körülbelül 1902. december hava 10-dike felé a jobb felső szemhéj külső részén nyílás keletkezett, melyből azóta geny folyt. 1902. december közepe felé a jobb felső szemhéj belső részén volt nyílás állítólag bezáródott.

1902. december közepe felé nagyfokú szédülése és fejfájása kezdődött, mely a leírandó műtétig tartott és oly erős volt, hogy alig bírta kitartani.

A beteg e miatt 1903. január 5-dikén újra bemutatta magát Szili tanár úrnak, kinek tanácsára 1903. január 9-dikén osztályomra vétette fel magát.

Most előadta, hogy mikor 1894. január 1-jén az „ütést” jobb homlokán kapta, eszméletét nem veszítette, össze nem esett, sőt segítségért kiabált. Csak vér borította el. Fél óra múlva, mikor lefektették, rosszul kezdett lenni, hányt (commotio cerebri tünetei). Azután többé nem hányt, sem nem szédült, azonban időnként csekély homlokfájása volt. A sérülés után közvetlenül a

¹ Előadta a budapesti kir. orvosegyesület ülésén folyó évi február 14-dikén.

jobb szemmel nem látott semmit, csak fényérzése volt. Jobb szeme akkor be volt csukva, nem tudta a felső szempillát emelni. Sérülése óta háromszor volt orrvérzése mindkét orrnyílásból, megelőzőleg erősebb fejfájásai voltak, melyek a vérzés által enyhültek. Előadja, hogy a sérülés óta nála feledékenységi tünetek mutatkoznak, melyek azóta fokozódtak. Szeszies italokat évek óta elég bő mennyiségben élvezett.

Jelen állapota osztályomra való felvétele napján: A homlokcsont közepén $2\frac{1}{2}$ cm.-nyire az orrgyök felett egy csontkiemelkedés kezdődik, mely le- és balfelé $2\frac{1}{2}$ cm. hosszban halad, és melynek külső vége a bal szemöldök felett $1\frac{1}{2}$ cm.-nyire van; felette a csont besüppedve. Ugyanítt a bőrön a kiemelkedés felső szélével majdnem egyirányú vonalszerű heg. A jobb felső szemhéj duzzadt, a jobb külső szemzug mellett tüdőmagnagyságú sipolynylás van, melyen át a sonda a bőr alatt kemény részre jut. Vizeletben idegen alkatrész nincsen. Hő és érverés rendes. *Diagnosis: Fractura squamae l. sin et partis orbitalis l. d. ossis frontis.*



Január 18-dikán műtét Szili tanár úr jelenlétében: Hosszirányú, 3 cm. hosszú, le- és kifelé haladó bőrmetszés, mely a külső sipolynylást magába foglalta és melynek alsó vége körülbelül 1 cm.-nyi távolban van a külső szemzugtól. Ezen át egy kifelé hegyes, mellső és hátsó lappal, felső tompább és alsó élesebb széllel bíró fekete vasdarab látszott, melynek folytatása a középvonal felé haladt. Ez csontfogóval fogva nem mozdult, mert felső szélé folytatásában a margo supraorbitalisba be volt ékelve és csak ezen margo mellső lemezének a bőrszél belső szélé mellett függélyes (az idegen test lapjával párhuzamos) irányban történt levésése után volt megmozgatható, úgy hogy végre az idegen testet a frontális síkban kifelé, fel- és lefelé való mozdításokkal sikerült teljesen kihúzni. Bicska pengéjének 8 cm. hosszú, 2 cm. széles, hegyben végződő vége volt, mely minden valószínűség szerint a baloldali homlokcsont törésének alsó kiálló szélé által jelölt részen át a homlokűrbe jutott és a jobb pars orbitalist átszúrta illetőleg átvágta. Ezután sondával a seben át behatoltam a nyíláson át befelé egészen a bal supercilium körülbelül középig, mely felett 1 cm. hosszú hosszirányú ellennyílást csináltam. A 2 nyíláson át 4 vastag selyemfonalat húztam. Kötés. Délután a hő 38.6 , érverés 76 .

Január 19-dikén hő és érverés rendes; felületes kötésváltoztatás. Este a hő 38° , fejfájás, jégtömlő a fejre. Január 20-dikán fejfájás megszűnt. A reggeli kötésváltoztatásnál 6-os számú Nelaton-catheter vastagságával bíró drain huzatott a két nyíláson át, a kihúzott selyemfonalak a közepén feketén bevontaknak mutatkoztak.

Január 23-dikán és 24-dikén este 8 óra tájban lefekvéskor csekély szédülésérzés fogta el, mely $1\frac{1}{2}$ óráig tartott, míg el nem aludt.

Január 25-dikén kötésnél jobb füle nem kötött be, este nem szédült. Napközben nem járkal. Január 27-dikén 8-as számú Nelaton-catheternek megfelelő drain huzatott át. Január 24-dikétől 28-dikáig nem szédült.

Január 28-dikán Ónodi tanár úr megvizsgálta a beteget. Villamos átvilágítás eredménye: A Highmor-üregek átvilágítottak. A homloküregek sötétek, ha a drainső bent van a sebűrben, kivétele után baloldalon a szengődürről felett 1 cm.-nyire megvilágosodik, jobboldalt valamivel kevésbé. Az orrűreg vizsgálata csupán mérsékelt idült hurutot mutat. Az alsó és a középső kagylók kissé duzzadtak. Az orrűregek váladéktól mentesek. A melléküregek benyílási területe szabad, elváltozást nem mutat. A szaglás vizsgálata a szaglási szerv mindkét oldali épségét mutatja. A beteg a jonon 10 és 1000 szagegységét, a kantsuk 10, a guttapercha-ammoniák 250, az asa foetida 1000 és az ichthyol 5000 szagegységét mindkét oldalon jól percipálja. A legenyhébb szagokat, a jonon és kantsuk 10 szagegységét nem csak érzi, hanem az ibolya és kantsuk szagát megjelölni is tudja.

Február 4-dikén reggel és este körülbelül 5 perczig csekély szédülése volt. Február 5-dikén és 6-dikán egész nap szédülés.

A február 6-dikán végzett Röntgen-átvilágítás, mely alkalomra a drainső mind a két nyíláson át vezetett fémkutasz által helyettesített, azt mutatta, hogy a sonda jobboldalt egy hosszirányú, mintegy $1\frac{1}{2}$ cm. hosszú, fent $1\frac{1}{2}$ mm., lent 1 mm. széles csonthasadékot megy keresztül, mely a homlokcsont jobb határán, a homlokcsont mellső felülete mögött 1 cm.-nyire fekszik. Ez alkalommal a mellékelt felvétel is készült.

Donáth Gyula dr. magántanár úr, ki a beteget február 10-dikén volt szíves megvizsgálni, a következőket találta:

„Fractura ossis frontis, a jobb levator palpebrae superioris oculomotorius része sérülésével. Anaesthesia, mely a jobb felső szempillát és a jobb homlokot a hajas fejig elfoglalja (a nervus supraorbitalis trigemini át van metszve). Ugyanazon területen egyszersmind hypalgia is van, ott a hegyes tűt tompának érzi. Facialis jól működik mindkét oldalt. Hogy a szaglás jó, a mellett szól, hogy az agy nem sérült. Potator lévén, ez maga is okozhatja emlékezése fogyását. Járás, állás rendes.”

Minthogy a csonthasadékok, melyeket a kés okozott, eddig még nem hegedtek be (nem is hegedhetnek be, míg a drainső bennhagyatik); minthogy továbbá nem zárható ki abszolút biztonsággal annak lehetősége, hogy az idegen test a homlokcsont hátsó lemezét is sértette, mely esetben egy része a homlokcsont mögött a meninxek előtt haladhatott; tekintettel arra is, hogy a jelenlevő subjectiv tüneteket részben alkoholismus is okozhatja, hogy a subjectiv tünetek ez idő szerint javulóban vannak, sőt a beteg azt állítja, hogy egészen jól érzi magát: legezelszerűbbnek tartom egyelőre a további lefolyást észlelni és csak akkor ajánlani újabb műbeavatkozást, nevezetesen a homlokűr feltárását, ha a tünetek ezt sürgetni fogják.

Az idült vastagbélhurutok gyógyítása magas beöntésekkel.

Közli: Aldor Lajos dr. (Karlsbad.)

Az idült vastagbélhurutok gyógyításában ez idő szerint a diätetikai és medicamentosus kezelés a domináló, annak daczára, hogy általánosan tudva van, hogy egy oly gyógyszerrel, melylyel egy idült bélhurutot meggyógyítani tudnánk, nem rendelkezünk; a medicamentosus kezelés tisztán tüneti és mint ilyen főleg a hasmenés ellen irányuló, ennek ideig-óráig való megszűnését eredményezi, de radicalis curativ hatása nincs. Teljesen igazat kell adnunk Boas-nak,¹ midőn azt mondja, hogy a nagyszámú új bélantisepticumok és adstringens szerek ki fogják elégíteni azokat, a kik imponáló acut eredményekre speculálnak, de azok, a kik chronicus diarrhoeákat tartósan akarnak gyógyítani, nem fogják ezen szerek értékét nagyrabecsülni.

A diätés és gyógyszeres kezelésen kívül jelentékeny szerepet játszik az idült bélhurutok gyógyításában egyes gyógyvizek használata. Tény az, hogy subacut alakoknál a karlsbadi

¹ Boas: Diagnostik und Ther. der Darmkrankheiten, 1898. I.

ivókurák igen sokszor meglepő eredménnyel járnak. A vastagbélhurutok idült alakjainál azonban a balneotherapiás kezelés nem mulja eredményeiben felül a medicamentosust.

Igy tehát egészen jogosult volna a általánosan elterjedt pessimistikus felfogás, mely az idült vastagbélhurutok prognosist illetőleg fennáll, mely szerint más szervek beteg nyálkahártyájának analogiájára teljes gyógyulás itt sem jön létre. Jogosult ez a felfogás azon esetekben, a hol az idült lobos folyamat a nyálkahártya irreparabilis, durva anatómiai elváltozásait eredményezte már. De szerencsére a klinikai észlelet egyrészt azt mutatja, hogy ilyen elváltozások létrejöttéhez az esetek jelentékeny részében évek hosszú sora szükséges, másrészt pedig azok a nem épen ritkán észlelhető esetek, melyekben idővel spontán gyógyulás áll be, az idült bélhurutok természetes gyógyhajlama mellett is szólanak. Ha semmi más, de ép a spontán gyógyulás lehetősége elégséges annak a tételnek a megdöntésére, hogy idült bélhurutnál teljes gyógyulás ki van zárva.

* * *

A magas beöntések alakjában alkalmazott intrarectalis kezelés az idült bélhurutok gyógyításában ez idő szerint szerény helyet foglal el. Az adstringentiáknak csőrök alakjában való alkalmazása még a legelterjedtebb, a nélkül, hogy bárki joggal állíthatná, hogy ezen eljárással egy bélhurutot meggyógyítani képes.

Én már több mint öt éve, hogy az idült bélhurutokat következetesen magas beöntéseknek az alább leírandó módon való *systematikus* alkalmazásával kezelem.

Erre nekem az impulsust adta először a feltevés, hogy olyan szerek, melyek ezen betegségnél per os nyújtva sikereseknek találtattak, eredményesebben fejthetik ki hatásukat lokálisan és kellő mennyiségben alkalmazva; másodszor pedig egy korábbi, per rectum való táplálásról¹ végzett vizsgálataimnál talált azon lelet, hogy a legtöbb ember folyadékokból 1 literen jóval felüli mennyiséget (tehát jelentékenyen nagyobb mennyiséget, mint a mennyi egyszerű csőrök (klysmák) alakjában való bevitellel szokásos) kellő cautelák mellett alkalmazva jól tűr és huzamos ideig képes azt magánál is tartani.

Már első kísérleteim oly kedvező eredményekkel jártak, hogy az alkalom azok közlésére csábíthatott.

Mindezideig azonban tartózkodtam az eljárással és annak eredményeivel a nyilvánosság elé lépni főleg azért, mert vannak, a kik a magas beöntéseket általában feleslegesnek és illusorius értékűeknek is nyilvánítják, és így azok alkalmazását czéltalanoknak is tekintik, így pl. egy olyan kiváló szakember is, mint Boas,² ezt a nézetet vallja; öt év alatt azonban minden egyes eset meggyőzött egyrészt arról, hogy az általam követett eljárás az idült primaer vastagbélhurutnak a elgradicálisabb gyógyításmódja, mely eredményeiben a most általánosan elterjedt gyógyítási eljárásokat messze felülmúlja, másrészt pedig egy tekintélyes casuistika alapján oly bőséges tapasztalatokat szereztem a kérdés minden egyes részletéről, hogy ez idő szerint jogosultnak tartom az eljárására szélesebb körök figyelmét felhívni.

Az eljárás lényege az, hogy az előzetesen közönséges tisztító csőrével lehetőleg üressé tett vastagbélbe 1—3 liter mennyiségű, 45—50° C.-ra felmelegített, illetőleg lehűtött karlsbadi sprudelt 85 cm. magasságban öntünk be. A tisztítócsőrért egy Ewald-féle végbélső segélyével eszközölheti maga a beteg, és e célra 1/4—1/2 liter langyos vizet használ. A csőrének csakhamar bekövetkező hatása után végezem a magas beöntést az ismert módon; a beteg baloldallára fekszik és a jól beolajozott, 8 mm. nyílású, 85 cm. hosszú, lágy gummiból készült csövet (teljesen azonos a gyomorsondával) az Ewald³ által jelzett módon: irótol módjára tartva, könnyű forgatás mellett, minden erőleyesbb tolás nélkül *egész hosszában* felvezetjük; a végbélben levő cső külső nyílása útján egy 1 1/2 m. hosszú gummicsőbe folytatódik, mely egy tág nyílású üvegtölcsérre van felhúzva.

A beöntéseket naponta egyszer alkalmazom, és 20, maximum

25-ször ismétlem meg; az első nap 1 literrel kezdem, a következő napon 2 majd 2 1/2 literrel folytatom és itt-ott 3 litert is alkalmazok. A beöntés megtörténte után a beteg rögtön thermophort (vagy más alkalmas hasmelegítőt) helyez olyan melegen a hasára, a milyen melegen csak tűri és ezen időn át természetesen nyugodtan hanyatt fekszik. Az ily módon véghez vitt beöntésnél a betegek a nagymennyiségű folyadékot már az első alkalommal átlag 3/4 órán át minden jelentékenyebb fájdalom nélkül maguknál tartják, a nélkül, hogy az általam végzett sok száz beöntésnél csak egyszer is jutottam volna abba a helyzetbe, hogy a végbélnyílást a szokásos módok valamelyikén el kellett volna zárnom. A további beöntések folyamán a betegek a folyadékot mind hosszabb és hosszabb ideig, 2—3 órán át, sőt tovább is minden nehézség nélkül tartják.

Folyadékoknak ily nagy mennyiségben való intrarectalis alkalmazása nemcsak hogy nem szokásos, hanem ez idő szerint dogma gyanánt elterjedt nézet az — természetesen itt csak a bélhurutok therapiájára vagyok tekintettel —, hogy minél kevesebb folyadékot használunk a csőrével vagy a beöntésnél, annál czélszerűbben járunk el és hogy folyadékoknak nagyobb mennyiségben való bevitelle hátrányokkal jár.

Boas az esetek legnagyobb részében principium gyanánt tekinti, kismennyiségű, legfeljebb 300 gm.-ot kitevő folyadéknak a befecskendezését, és az alsó bélrészeket catarrhalis megbetegedéseinek melegen ajánlja egyes ásványvizeknek (Karlsbad, Ems stb.) ily módon való alkalmazását. Hogy kis mennyiségű (0.1—0.2 liter) magas hőfokú karlsbadi viznek a végbélbe való befecskendezése, mint a hogy azt Pollatschek¹ ajánlotta, tisztán a végbélre szorító lobos folyamatoknál egyes tünetek (diarrhoea, tenesmus) leküzdésére sokszor igen jó szolgálatot tehet, arról nekem is sokszor volt alkalmam meggyőződni. De hogy semmi czélja nem lehet folyadékok ilyen minimalis mennyiségben való befecskendezésének vastagbélhurutoknál, az előttem kétségtelen, hiszen úgy a folyadék kis mennyisége, mint alkalmazásának módja (csőre és nem magas beöntés) következtében épen az nem valósulhat meg, a mi minden localis kezelés főczélja: az illető szernek a beteg szervvel való direct érintkezése. Ez a czél csak úgy válik elérhetővé, ha az illető folyadékot *olyan mennyiségben és olyan módon alkalmazzuk, hogy lehetővé lesz téve a beteg bél nyálkahártyájának lehetőleg minden egyes részletével való direct érintkezése*. Mint láttuk, az általam alkalmazott folyadékmennyiség 1—3 liter között váltakozik. Boas szerint folyadékoknak ilyen nagy mennyiségben való alkalmazása káros következményekkel jár: a legalsó bélrészeknek acut megnyúlását (Dehnung) és tenesmusát, következtésképen a folyadék legnagyobb részének időelőtti kibocsátását eredményezi. Ha nekem sok százra menő beöntésnél ezeket a hátrányokat ép úgy nem volt alkalmam észlelni, mint a hogy a mindig huzamos időn, 3—4 héten át naponta alkalmazott beöntések után egyetlen egyszer sem láthattam a belfalnak utólagos izomgyengeségét (myasthenia, atonia) a beöntések következményeképen kifejlődni, úgy az eljárás sikerének a feltételeit magában az alkalmazás módjában kell keresnem, melynek lényege a következő négy pontban foglalható össze:

1. A magas beöntést megelőzőleg tisztítócsőre alkalmazandó.
2. A lágy gummicső, melylyel magát a beöntést végezzük, legalább 85 cm. hosszú legyen és az a vastagbélbe egész hosszában felvezetendő.
3. A beöntésre használt folyadék hőmérséke legalább 45° C. legyen.
4. A beöntés után külsőleg alkalmazunk a hasra néhány órán át nagy meleget.

Az első pont bővebb indokolást nem igényel, a tisztítócsőre alkalmazását tisztán physikai okok kívánják meg: ki nem ürített bélben már csekély mennyiségű folyadék bevitelle is teltségi érzést támaszt, de szükséges az azért is, hogy később a cső bevitelét ne akadályozzák a végbélben levő bélsárrögök.

Az eljárás sikerének főfeltétele talán épen a csőnek minél magasabbra való felvezetésében van. A Boas által említett hátrányai nagymennyiségű folyadék befecskendezésének csakis akkor jönnek létre, ha a folyadékot a bél alsó részletébe vezetjük

¹ Aldor: Centralblatt für innere Medicin, 1898. No. 7.

² Boas: l. c. I.

³ Ewald: Klinik der Verdauungskrankheiten, 1902. III. k. 87. l.

¹ Wien. Med. Woch. 1896. No. 20.

csak. A csőre alakjában alkalmazott nagyobb mennyiségű folyadék a sphincter tertius alatt fog meggyülni és így tényleg létre is hozhatja a rectumnak acut tágulását. A magasra vezetett sondán való beöntés szerintem épen a folyadéknak a colon ürében való egyenletes elosztását teszi lehetővé, egyes bélrészletekben nem idéz elő túlságos feszülést s csak így tudom megmagyarázni, hogy ilyen nagymennyiségű folyadék beöntése után egyetlen egyszer sem láttam jelentékeny fájdalmakat és hogy a folyadékot mondhatnám kivétel nélkül minden beteg huzamos időn át képes volt tartani. A különbség, mely épen abban nyilvánul, hogy nagymennyiségű folyadékok bevitelét tűrik a szerint, a mint azok csőre vagy magas beöntések alakjában lettek alkalmazva, mutatja legjobban ez utóbbiak kétségbevonhatlan jogosultságát, mutatja azt, hogy az ugynevezett magas beöntések kérdése épen nem illusorius, mint a hogy azt Boas állítja. A sondát kevés gyakorlattal könnyen sikerül magasra a flexura sigm. fölé vezetni, mert ha meg is eshetik az, hogy az a nyákhártya valamelyik duplicatúrájában megakad és a helyett, hogy a tovább vezeténél tovább is haladna, a bélfalat türi ki, ezt rögtön felismerhetővé teszi, mint a hogy azt Ewald hangsúlyozza, az a határozott érzés, a mit a sondának az egyenes irányból való kitérése legott támaszt. Ilyenkor a sondával való irányváltozás csakhamar a jó útra vezet.

A 3. pont, a mire már az eljárás sikeres technikája szempontjából is súlyt helyezek, a folyadék magas hőfoka; a bél érzékenységének nagyfokú leszállítását célozzuk ezzel épen úgy, mint a melegnek a beöntések után való külső alkalmazása által. A thermophor utólagos alkalmazása igen lényeges, azt hiszem, kiváló szerep illeti meg nemcsak abban, hogy jelentékenyebb fájdalmakat ily nagy mennyiségek bevitelét után nem láttam, de hozzá látszik járulni — valószínűleg a peristaltika leszállításával — ahhoz is, hogy a betegek a bevitt folyadékot oly huzamos időn át tudják maguknál tartani.

Mielőtt az ezen eljárással elért gyógyeredményeim ismertetésére rátérek, hangsúlyozni akarom, hogy azt kizárólag primaer idült vastagbélhurutnál, de ennek minden alakjánál alkalmazom. Értem a tünetekbeni variációk tekintetbe nem vételét, de nem a baj fennállásának idejét, mert nem használtam ezt az eljárást acut és subacut bélhurutoknál, sőt chronikus eseteknél is csak akkor, ha a baj már régibb keletű, legalább egy fél éve, hogy fennáll és más kezelés eredménytelen volt. Az eljárás értékének megítélésénél ezen utóbbi körülményre különös súlyt óhajtanék helyezni.

Az idült bélhurutokat Nothnagel¹ a klinikai kép szerint a következő 4 csoportra osztja:

1. Esetek makaes székrekedéssel, 2—4 naponként vagy még hosszabb időközben van csak székelés. A széketétek rendszeren kemények. A székrekedés okát N. abban látja, hogy a lobos folyamat főleg a bél automatikus idegkészülékeire lokalizálódott.
2. Esetek, melyeknél székrekedés hasmenéssel váltakozik.
3. Esetek, a hol naponta van ugyan széketét és csak egyszer, de az nem normális consistenciájú, hanem pépes.
4. Esetek makaes, huzamos időn fennálló és naponta sokszor jelentkező diarrhoeákkal. Nyáknak a széketétben való állandó és kifejezett jelenléte az, a mi a catarrhalis eredet mellett bizonyít és a mi tehát mind a négy eseműhöz tartozó eseteknek közös vonása.

Az elért gyógyeredmények ismertetésénél ehhez a felosztáshoz kívánom magam tartani és a következőkben csak olyan eseteket óhajtok az eljárás értékének illusztrálása céljából közölni, a melyeket hosszabb időn át volt alkalmam figyelemmel kísérhetni.

(Folytatása következik.)

A bakteriuria.

Irta: Ráskai Dezső dr. műtőorvos.

(Folytatás.)

A mi az urethritisek folytán fellépő bakteriuriákat és azok gyakoriságának magyarázatát illeti, úgy első sorban tekintettel kell lennünk azon szerepre, a melyet a gonococcus a húgyesővi nyák-

hártya structurájának megváltoztatására gyakorol. Ezen szöveti megváltozás klinikai jelentőségére először Janet figyelmeztetett. Míg egyrészt kimutatta a másnemű infectio rendkívüli ritkaságát, bebizonyította másrészt, mily könnyen telepszik meg a húgyeső nyákhártyáján a gonococcus. Míg az epithel különben rendkívüli ellenállást fejt ki bakteriumokkal szemben, ez a gonococcusra vagy egyáltalán nem, vagy csak igen kis mértékben és rövid ideig áll fenn. Azon elváltozások által azonban, a melyeket a gonococcus a húgyeső epitheljén előidéz, az más bakteriumok számára is kedvező viszonyokat teremt, így első sorban a bakterium coli commune számára. Ez magyarázza a secundaer infectiók fellépését. Kifolyás jelentkezése olyanoknál, kiknél az már régen megszünt, gonococcusok teljes hiánya. A kifolyás vastag tejfelszerű váladékból áll, a mely a közönséges adstringensekkel szemben meglehetősen ellentálló. Ezen genyedés létrejöttének magyarázata, hogy a gonococcus által elváltozott húgyeső a bakteriumokkal túlterhelt vizelet behatására ezen váladék termelésével felel, megteremtve egyszersmind azt a circulus vitiosus, a mely a húgyesőből a vizeletet, a vizelethöz a húgyesövet fertőzi mindig és újra.

Kétségtelen azonban, hogy a bakteriumoknak a húgyesőből való spontan behatolása a lob továbbterjedése által vagy instrumentális betolás útján, ha sok esetben valószínű is, mégsem oly feltétlenül biztos és természetes, a mint azt a körtörténetek feltűntetik. Itt ugyanis a coli bakteriuria gyakoriságával szemben áll a colinak ritkasága úgy az ép, mint a kóros urethrában, különösen férfunál.

Az infectionak az urethránál sokkal fontosabb forrását a prostata képezi; ha a gonorrhoeás folyamat képes a mirigy és kivezető csővei pathologikus elváltozásoknak alávetettek, úgy a legelső béltractusból is vándorolhatnak be bakteriumok, vagy közvetlenül, ha a parenchym nagyobb roncsolásai történtek, melyek a hátsó húgyesővel idéztek elő communicatiót, vagy ha a mirigypipherián kisebb mirigyrészletek abscedáltak, abba vagy nyirkutakba törve.

Az infectio biztosan a prostatából származik, ha a vizelet zavarodása nem állandó. A prostata időlegesen üríti ki tartalmát, pl. nehéz defaecationál, a hol tisztán a mechanikai expressio fejti ki hatását. Már magában ez a körülmény is elégséges volna, hogy a hólyag szervi sphincter prostaticusa elernyedése közben, a hólyagtartalomnak a prostata kivezető csőveivel való érintkezését megkönnyítse. A mint hogy Guyon is az izomzat elernyedésével járó összehúzódásait veszi fel. Ezen tény azon betegeknek érvényesül, kik csak akkor mutatják a bakteriuria symptomáit, ha vizeletüket hosszabb ideig visszatartani kénytelenek, a midőn is a hólyag és húgyeső prostatikus része között közvetlen közlekedés jön létre, a mint ezt egy a kir. orvosegyesületben bemutatott esetemben experimentalisan is bebizonyítanom sikerült.¹

A beteg 1900. év január elsején azon panasszal keresett fel, hogy mintegy két hét óta húgyesővében váladékot vesz észre, mellesleg megjegyzé, hogy vizelete mintegy két év óta zavaros, igen büzös, minek jellemzésül felemlíti, hogy éjjel sem mer szobájában vizelni, mert az éjjeli edényben álló vizelet oly szagot terjeszt, hogy a szobában lehetetlen megmaradni.

Beteg 52 éves, erőteljes testalkatú. Bőr száraz, kissé pikkelyes. 8 év óta nős, gyermektelen, a férji kötelességének rendszeren megfelel, neje teljesen egészséges. 27 év előtt volt először kankója, a mely folyton megújult (ez késői házasságának oka). Házassága előtt jónevű szakorvos által kezeltette magát, ennek engedelmével nősült meg. Ez idő óta a legutóbbi napokig húgyesővéből sem váladékot nem észlelt, sem egykor oly makaes bajának más tünetét.

Húgyesőből tejszerű, tejfelhez hasonló összeállású, fehér váladék nyomható ki, mely görcsösvileg megvizsgálva, tömördek kis lekerekített pálcikából, cocusból és diplococusból állott. A mellő és hátsó húgyeső kimosása után nyert vizelet mindhárom pohárban egyenletesen zavaros, émelítőt, undortgerjesztő szagot terjeszt. Mindkét prostata-lebeny megnagyobbodott, nyomásra alig érzékeny. Váladék nem nyomható ki.

¹ Budapesti királyi orvosegyesület XXIII. rendes ülése 1900. június 2-dikán.

¹ Nothnagel: Darmkrankheiten.

Betegnek 3 gm. salolt rendeltet naponként azon utasítással, hogy egy hét múlva újra felkeressen.

Ujabb megjelenésénél beteg azt mondja, hogy váladéka ugyan esőkent, de egyebekben állapota változatlan. Beteg megvizsgálása igazolja az elmondottakat. A vizelet megvizsgálásánál az genyesejtekkel teljesen mentnek találtatott, a vizelet első portiójában néhány a húgycsőből származó epithel-sejt és nagy számban kis, vastag, lökesszerűen ugyan, de kissé lomhán mozgó, lekerekített pálczikák, a melyek Ziehl-féle carbol-fuchsin-, valamint vizes fuchsin-oldattal is, igen könnyen festődnek. Gram szerint teljesen színtelenednek.

Agar-agarra oltva, 16 óra múlva, közönséges tenyésztő-szekerény-hőmérsék mellett, számos, pont egész köles mekkoráságú coloniák, melyek élesen határoltak és nagyításnál finoman szemcsézett felületet mutatnak. Bouillon gyorsan válik zavarossá. Gelatinaszúrás nem folyósodik el. A burgonya felületén barnásan kiemelkedő, gyorsan terjeszkedő vastag lepedéket alkotó coloniák. Tej megalvad. Indol reactiót ad. Steril vizeletbe oltva 24 óra múlva zavarodás, mely a következő napokban fokozódik, 6–8 nap múlva újjnyi vastag barna üledék, mely rázásnál gyorsan felkavarodik.

Kétségtelen, hogy a coli bacillus által előidézett bakteriuriával volt dolgunk, a melyhez a húgycső másodlagos fertőzése járult.

Az eset további észlelésénél azt tapasztaltuk, hogy a prostata-massageát követő néhány órában a vizelet zavarossága fokozódott, a rákövetkező 24 órában ellenben kissé feltisztult, a mi gőrcsövilég és tenyésztés útján is constatálható volt; e tapasztalat azon gyanura vezetett, hogy a bakteriumok kifejlődésének fészke, azaz a vizeletben mint kedvező táptalajban kifejlődő egyetlen bakterium-fajnak eredete a dülmirigy.

Hogy e kérdést némileg tisztázzuk és ezáltal a hólyagbéli bakteriuria-esetek nagy számában, a keletkezés titokzatosságának és a nehéz gyógyíthatóságnak nyitját esetleg megtaláljuk, megkíséreltük a hólyag tartalmát a húgycső prostatikus részével való érintkezéstől elzárni és így a feltételezett forrás kiküszöbölésével meggyőződni arról, vajjon a bakteriumok képződése a hólyagban magában is végbemegy-e?

Nelaton-kathetert a hólyagba vezetve, azt jól előretolva, megerősítettük, a hólyagot steril vízzel gondosan kimostuk. Egy óra múlva, a mely időt a beteg nyugodtan hanyatt fekvést töltött el, felgyülemlett hólyagtartalmát lebocsátottuk. A nyert folyadék mennyisége 60 gm., szalmasárga, teljesen áttetsző, tiszta, savanyú, fajsúlya 1014. Négy fedlemez-készítményben bakteriumok nem voltak láthatók, lemezöntésben 24 óra múlva egyik teljesen steril, másikban egy gombostűfejnyi izolált colonia, a mely közelebbi megvizsgálásnál bakterium colinak bizonyult.

Azután a hólyagot újra steril vízzel kiöblítve, 100 cm³ folyadékot benn hagytam. A kathetert a sphincter externus urethraeig előrehúztam, a prostatát néhány enyhe húzással kinyomtam. A fél óra múlva lebocsátott folyadék gyengén világos-sárga, kékesen opaleskáló, áttetsző, kissé zavaros.

Mikroszkopice néhány geny- és hámsejt, minden látótérben egyes igen lassan mozgó bakterium. Agarra való oltásban igen dús bakterium coli.

A kísérletet 6 nap múlva fentebbi eredménnyel megisméltük, csak 30 cm³ steril vizet hagytunk a hólyagban, a 1/2 óra múlva nyert kétszeres folyadékmennyiség csak világosabb színe és kisebb fajsúlya által (1007) különbözött a közönséges vizelettől. A bakteriumok nagyobb számban voltak feltalálhatók, a tenyészet sokkal dúsabb.

A vastag Nelaton-katheter a tágult prostatikus húgycső-részletet majdnem teljesen elzárta a hólyagtól. A hólyagban felgyülemlett vizelet teljesen steril volt. A kísérlet másik részénél a prostatikus részszel való érintkezés közben a benthagyott steril vízbe a prostata tartalmát nyomtuk be, a vízzel keveredett felgyülemelő vizelet a bakteriuriás vizeletet adta, vízzel felhígított állapotban. Ez esetben tehát kétségtelen, hogy a prostata volt a forrása azon fertőzésnek, a mely a veséből tisztán jövő vizeletet a hólyagban bakteriumokkal telítette. A fertőzés a prostatából vagy a prostata útján került a hólyagba, a hólyag a bakteriumok szaporodásának székhelye, de nem forrása.

Ezen kísérletet azóta két bakteriummal telített, de a genyes tartalom miatt nem tiszta bakteriurának tartható esetben meg-

isméltettem; az eredmény, a mennyiben a prostatikus résznek elzárása (egy esetben 15 ös számú Nelaton-katheterrel, egy esetben Pezzer-féle kathetert excessive visszahúzáva) jól sikerült, frapans volt, úgy hogy egész határozottsággal állíthatom, hogy a kísérleteim alapját képezett felvétel minden analog esetre alkalmazható.

A magyarázat igen könnyű, ha a prostatitis acutan vagy chronikusan abscedált, nehezebb akkor, ha a prostata csak congestiv állapotban van vagy follicularisan betegedett meg.

A cystitis aetiologiájának tanulmányozása arról győzött bennünket meg, hogy a bél-epithel egyszerű coprostasis által is átjárhatóvá lesz bakteriumok számára, így tehát igen könnyen képzelhető, hogy a bél legközvetlenebb közelében lejátszódó folyamatok ugyanazt eredményezhetik és így igen valószínű, hogy a bakteriuriák nagy száma a bakteriumoknak a prostata szövetén való kivándorlása útján jönnek létre, még akkor is, ha a prostatának megbetegedését nem is mutatjuk ki.

Igen ritkák azon esetek, a melyekben az infectio a vesék útján történt.

Egy esetben: K. T. 49 éves asszony, ki mint értesültem, pelveo-peritonitisben feküdt 1898. év őszén a II. szül. klinikán, egy évvel reá tipikus nephroirrhialis rohamot szenvedett végig, mely azóta többször ismétlődött. Ezen rohamokat megelőzőleg és azokat követve, néhány napig igen nagyfokú hólyag-irritatio lépett fel az asszonynál. Ezen rendkívül kínzó hólyagizgalmak miatt küldte kezelő orvosa 1900. márczius havában a beteget hozzám. Beteg 1/2—3/4 óránként ismétlődő, igen erős tenesmusokkal járó vizelettingerről panaszkodott.

A vizelet kissé zavaros, vegyileg kimutatható idegen alkotó részeket, kis mennyiségű fehérjén kívül, nem tartalmaz. A vizelet gőrcsövi vizsgálata igen fürgén mozgó bakteriumokat mutatott, melyek majdnem oly vastagok, mint hosszúak, legömbölyített szélekkel bírnak, könnyen festődnek, Gram szerint színtelenednek. Tenyészetben bakterium colinak bizonyultak.

Sondával vizsgálva sima hólyagfalak. Langyos bőrvízzel öblögetve sikerült a hólyagba 180 gm. folyadékot bevinni. A gyakori vizelésinger és tenesmusok tehát reflectorikus úton váltottak ki.

Forró ülőfürdőkre és belső opiát-adagolásra a tenesmusok néhány nap múlva alábbhagynak. Vizelet zavaros volta növekszik, a már előbb is észlelt émelyítő, átható bűz tűrhetetlenségig fokozódik. A vizelet gőrcsövi vizsgálata tömördek bakteriumot mutat. Négy hónapi megfigyelés alatt ez állapot kétszer ismétlődött. Súlyos vesekő rohamok, sok homokszem egész bab nagyságú urát kövecskék spontán eltávozása a húgycsővön keresztül, igen nagy fájdalmak által kísérve.

A beteg gynaekologiai vizsgálatát Szász Hugó dr. úr volt szíves elvégezni, melynek eredménye: „Metritikus méh, sinistrolatero-retroflexioban fixált, baloldali tuba és ovarium szintén fixált a medeneze fenekén, mindez egy lefolyt pelveo-peritonitis eredménye lehet. Ezenkívül baloldalt a méhvel összefüggő resistentiát lehet most tapintani, a melynek jellege meghatározható nem volt.“ 1900. június 8-dikán, erősen bakteriuriás időszakban, a hólyag cytoskopikus vizsgálatát végeztem, ureterkatheterismussal óhajtván azt egybekapcsolni.

A szt. István-kórházban végzett vizsgálatnál Roth Róbert dr. és Dános József dr. urak voltak szívesek segídezni. A katheren lebocsátott 70 gm. vizelet a fentebb leírt jellegzetes sajátosságokat mutatja.

A befecskendezett 150 cm³ bórolat mindjárt az első fecskendő után tisztán jön vissza. A cystoskopikus vizsgálat teljesen ép, kissé vérszegény, az orificium internum urethrae körül kissé belövelt és felhányt nyákhártyát mutat. Jobb ureterszájadék fedett. Bal belövelt, tátong.

A bal ureter-szájadékon át jövő veseváladék a bórolatot pillanatnyira alig észrevehetően, felhőszerűen homályosítja.

Beteg nagymérvű izgatottsága miatt a vizsgálatot az ureterkatheterismus sikerülte előtt abba kellett hagynunk. A hólyagtartalom gyors feltisztulása, a baloldali ureter szájadék körül mutatózó folyadék zavaros volta a bakteriuria pelvorenalis eredete mellett szól és pedig a vesekő által insultált baloldali veséből.

(Folytatása következik.)

Közlemény Kocher tanár berni sebészeti klinikájáról.

A coxitis tuberculosa műtéti kezeléséről.

Irta: *Manninger Vilmos* dr. kórházi segédorvos.

(Folytatás.)

A kórfolyamat haladásával a Röntgen-kép nem nyújt adatot a differentialis kórisme megállapítására. Nagy ritkán sikerül igen körülírt csontgócok felismerése. Rendesen azonban tipikus módon változik el a kép, akár synovialis, akár ossalis eredetből indult ki a betegség. Az izvápa pusztulásának, kibővülésének megfelelőleg a megkisebbedett, elmosódott határu fejec az izvápa felső-hátsó széléig csúszik fel, megindul az izvápa vándorlásának nevezett folyamat, melynek kiterjedése szerint a fej mind magasabbra csúszik a csípőtányéron. A czombesont feje elveszti eredeti formáját, lelapul, az izvápa határai eltűnnek, kivágott szélű, sötétebb és világosabb árnyalást mutató tömegbe olvadnak össze.

A coxitis képének e tipikus formái a Röntgen-képen az életkor bizonyos határain belül láthatók. Az alsó határ a 4—5. életévre tehető, melyben a csontmagvak oly nagyok, hogy rajtuk ez elváltozások már láthatók; a felső határ a 18—20. életév. Ha azonban tekintetbe vesszük, hogy úgy az e munka anyagát képező betegek, mint az irodalomból összeállított statisztikák alapján a coxitis ép ez évek határain belül a leggyakoribb (az összes megbetegedéseknek 89.6%-a a 20. életév előtt lép fel), akkor beláthatjuk, hogy nem hangsúlyozhatjuk eléggé a Röntgen-fénykép korai felvételét. Ez adhatja meg a differentialis kórisme egyébként nagyon ingadozó adatai mellett a legbiztosabb felvilágosítást a betegség kiinduló pontjáról és mibenlétéről.

A műtét technikája és az utókezelés. Mielőtt áttérnénk a Kocher által operált esetek végeredményeinek ismertetésére és ez eredmények összehasonlító statisztikájára, néhány szót kell mondanom a műtét módjáról és az utókezelésről.

A műtetre kerülő betegek egy része a klinikán kívül, másik része pedig a berni klinikán hosszú időn át a conservatív módszerrel kezeltetett. E kezelés az esetek többségében évekig, átlagban 2 $\frac{3}{4}$ évig, siker nélkül alkalmaztatott. Az esetek egy másik kis töredéke aránylag korán került műtetre. Ide számítandók azok az esetek, melyeknél csontgóc jelenlétét kellett feltételezni vagy a melyeknél korán lépett fel genyedés az ízület környékén.

A műtét — egy eset kivételével — a Kocher-féle csípő-resectió metszéssel történt. (Leírását I. Kocher műtettanának IV. kiadásában, az 526-dik oldalon.) Az ízület megnyitása után a megbetegedett rész olló, kés vagy véső segítségével távolított el. A csont eltávolításánál az epiphysis-vonalat lehetőleg kimélték. Ha a czombnyak is meg volt betegedve, annak megbetegedett része is eltávolított. Ha ezáltal a czombesont nyaka annyira megrövidült, hogy abductionnál a nagy trochanter az izvápa felső szélébe ütközött volna, a tochanter egy része is eltávolított. Nagy gondot igényel a megbetegedett savós hártya és tokszalag eltávolítása. Az izmok, a beidgzés kiméltése, a csont lehető megtartása mellett erre kell figyelmünket első sorban irányítanunk.

A műtét befejezése után az erek juniperus-sublimat-catguttal köttettek le. Steril konyhasós vízzel való kimosás után a seb 1/2000-s sublimat-oldattal készített jodoformpéppel bedörzsöltetett és az eset súlyosságához képest vagy teljesen elzáratott, illetve draineztetett vagy jodoformgaze-zel tamponálva, a másodlagos varrat megejtéséig nyitva kezeltetett.

Az első hetekre ablakos gipszkötés mellett a végtag Volkman-féle nyújtókészülékbe kerül. A mozgási gyakorlatok átlag a harmadik hét végén kezdődtek. Kocher nagy súlyt helyezett arra, hogy csakis aktív mozgásokat engedjünk meg. Szerinte aktív mozgatsátnál a csontvégeknek első sorban egymásra kell nyomódnok, az új ízületnek „zárodni” kell, hogy az emeltyü karnak hypomochlionja meglegyen, hogy a kívánt mozgás megindulhasson. Ez által elérjük azt, hogy az új izfelszínnek egymáson lecsiszolódanak, másrészt közöttük tátongás nem keletkezik, a mi lötyögő ízület elkerülésén igen fontos. Ha lehetséges, a mozgási gyakorlatok végzéséhez oly gépet rendelünk, mely a mozgás irányát szabályozhatja. A csípőizületre nem rendelkezünk oly eszközzel, mint a könyökizületnél, melynél a resectio utókezelésére Kocher

egyszerű charnieros tokot készített. A csípő-izületre főleg a Hessing-féle gépek elvein szerkesztett tokos készülékek ajánlatosak. Magas áruk általános használatukat eleve kizárja.

A passzív mozgatás kerülése mellett fontos még az, hogy éjszakára hetekig, hónapokig extenziót alkalmazzunk e betegeknek, mely a flexiós és adductiós contractura elkerülésére szolgál.

Végeredmények.

A részletes ismertetéstől el kell tekintenem. Utalok e tekintetben a fentebb említett kimerítő közleményre. Az eredmények constatalása a műtét után évekkel később történt. A legutolsó eset 1 $\frac{1}{2}$ évvel operáltatott a vizsgálat megejtése előtt. Túl van tehát azon a kritikus határon, melyet Schmidt-Monnard a gümös izületi resectiók utólagos vizsgálásának czéljára 1 $\frac{1}{4}$ évvel állapított meg.

A vizsgálat idején jó eredményt mutatott az esetek 67.84%-a. Ezek közül a gyógyulás teljesen simán, minden utólagos sipolyképződés nélkül folyt le 41.02%-ban; sipolyképződést mutatott 17.07%, de vagy kikaparás, vagy utólagos nagyobb műtét után, vagy magától gyógyult; végül jelenleg is hébe-korba apró sipolyok keletkeznek az esetek 9.75%-ban. A közérzet, az általános táplálkozás kitűnő volta mellett ezen esetek is a „jó” eredményekhez sorolandók, mert a sipolyok váladékot alig termelnek, kezelés nélkül rövidesen begyógyulnak és vagy teljesen körülírt gümös góczra, vagy fonálgenyedésre vezetendők vissza.

Rossz eredményt mutat az esetek 32.16%-a. És pedig 10.2%-nál rossz közérzet mellett bő sipolygenyedés áll fenn; meghalt 21.95%.

Mielőtt a functiós eredmények méltatására térek, a halál-eseteket kell kritika tárgyává tenni.

Közvetlenül a műtétnek tudandó be egy haláleset, melynél a műtét utáni 16-dik napon következett be a halál. A boncsolás a szív zsíros elfajulása és atrophijája, a tüdő gümőkórja mellett a halál közvetlen okaként zsiremboliát mutatott ki.

A többi haláleset két csoportba osztandó. Az első csoportba sorozom azokat az eseteket, melyeknél 1, 3, 4, illetve 5 hónappal a műtét után vagy meningitis tuberculosa vagy tuberculosis miliaris oltotta ki az életet. Ez esetek egyikénél sem voltam képes Bergmann három postulatumát kideríteni, a ki a műtét után fellépő miliaris gümőkór okozati összefüggésének bizonyítására követeli, hogy:

1. a miliaris tuberculosis tünetei közvetlenül az első hetekben lépjenek fel a műtét után;
2. a boncsolás lelete, a miliaris csomók kora egyezzen a klinikus lefolyással;
3. ne legyen jelen a műtétten kívül egyéb gümös gócz a szervezetben.

Ha e három követelmény logikus igazságában nem is kételkedhetünk, mindhármuknak együttes kimutatása a gyakorlatban oly sok nehézségbe ütközik, hogy közülük legfontosabbnak az elsőt kell tekintenünk. Ha pedig ezt tartjuk szem előtt, úgy nagy valószínűséggel kimondhatjuk, hogy a fent említett 4 haláleset a műtét alatt vagy után a véráramba felvett gümöbaccilusoknak tudandó be.

A halálesetek második csoportjánál a halál 1, 5, 7 és 10 évvel a műtét után, belső szervek tuberculosisis folytán jött létre. Ez esetekre határozottan állíthatjuk, hogy a műtéttel semmi összefüggésben nem állanak.

A jó eredmények alatt felsorolt eseteknél feltűnt egy jelenség, melyre már Bruns-Wagner figyelmeztetett. A gyógyult betegek kitűnő színben vannak, rajtuk a kiállott súlyos betegségnek semmi nyoma nem látszik. A belső szerveken tuberculosis ki nem mutatható, gümös mirigyek vagy a többi izület gümös megbetegedése rendesen hiányzik. Eseteink közül csak kettőnél lépett fel a műtét és a vizsgálat között lefolyt időben multiplex caries.

Kevésbé kedvező az eredmény, ha a functio szempontjából bíráljuk azokat. Hogy az olvasó is pontosabb fogalmat alkothasson magának az eredményekről, ide iktatom a contracturák, mozgások és a méretek táblázatát, mely azon esetekre vonatkozik, melyeknél pontos méréseket végezhettem. (Lásd az 1-ső számú táblázatot.)

E táblázat magyarázatához néhány szót. Úgy a contractura

I. táblázat. Az ízület működését befolyásoló tényezők táblázatos kimutatása.¹

Kóreset száma	Contractura		M o z g á s o k					A rövidülések méretei cm.-ekben			Atrophia méretei		Trochanter viszony a Roser-Nelaton-vonalhoz centimeter	J á r á s
	flexió C. fok	adductió C. fok	fl. fok	E. fokig	Abd. fok	Add.	R.	Sp. a. s. M. E.	troch. M. E.	talpak különözete	czombon	alszáron		
1.	10	—	40	10	az egyenesig	a normális $\frac{2}{3}$	korlátolt	15	12	8	12	6 $\frac{1}{2}$	2	kielégítő; bottal és géppel nem biczegő
3.	15	—	45	15	10	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	7	4	5	10	3	3	a lábujjakon jár, alig sántítva
4.	10	—	30	10	25	$\frac{2}{3}$	B. R. $\frac{2}{3}$ K. R. igen korlátolt	9	5	8	12	5 $\frac{1}{2}$	3	a lábujjakon jár, bottal kitünően, nem sántítva
6.	20	15	90	20	—	norm.	korlátolt	16	15	?	12 $\frac{1}{2}$	7	4	rossz
14.	90	20	igen korlátolt	90	—	30°	0	?	7	10	6	6	3	erősen sántít
15.	25	40	a normálison túl	25	—	norm.	B. R. norm. K. R. = 0	6	3	?	8	1	6	erősen sántít
16.	35	15	norm.	35	—	norm.	korlátolt	6	2	4	6	4	3	lábujjhegyen jár; magas talpbetéttel járása kielégítő
20.	—	—	10—15	norm.	0	0	5—10°	1	0	?	4	1	0	kitünő
23.	25	—	norm.	25	korlátolt	$\frac{2}{3}$	korlátolt	7	3 $\frac{1}{2}$?	6	3	3	lábujjhegyen jár; czipőben járás elég jó
24.	45	—	75	45	az egyenesig	$\frac{1}{2}$	korlátolt	4 $\frac{1}{2}$	2	5	4	3	4	lábujjhegyen jár, alig sántítva
33.	75	15	90	75	—	korlátolt	0	12	7	11	7	3	3	erősen sántít
34.	45	15	75	45	—	norm.	B. R. norm. K. R. = $\frac{1}{2}$	9	2	6	8 $\frac{1}{2}$	2	6	elég jó
35.	20	—	45	20	igen korlátolt	$\frac{1}{2}$	korlátolt	7 $\frac{1}{2}$	5	5	9	3 $\frac{1}{2}$	3	kitünő
36.	25	15	igen korlátolt	25	0	igen korlátolt	*korlátolt	7	2	8	1	1	5	ágyban fekvő beteg; járás?

állás, mint az ízület mozgásainak méreteit a czomb nyújtott, egyenes állásához viszonyítottam. E képzelt egyenes a test hossz tengelyével fut párhuzamosan, az izvápán át húzott egyenessel pedig derékszögben áll. Kemény vízszintes alapra fektetve a betegeket, a szögeltéréseket szögmérővel mértem. A teljes nyújtás = 0°-kal. Ehhez mértem a contractura fokát, miután a compensatiós ágyéki lordosist és a medence süllyesztését kiegyenlítettem. A mozgások kitérési szögét úgy kapjuk, ha a bejegyzett mozgás fokokban kifejezett számából a megfelelő contractura-állás fokait levonjuk. Az atrophiát a két czomb, illetve alszár legnagyobb kerületén mértem; a megfelelő rovatba a különbséget jegyeztem be. Ép így értendő a hosszmeretek és a trochanter állását meghatározó méretek.

Ha végignézzük az ezen tabella nyújtotta adatokon, az ötlik szemünkbe, hogy a pontosan vizsgált 14 eset közül, melyeket válogatás nélkül a külső körülmények véletlen összejártsága szerint vizsgáltam meg az összes esetek sorából, rossz a functiós eredmény 2 esetben, tűrhető 3 esetben, jó 7 esetben, kitünő 2 esetben. A functiós eredmények mérlegelésénél a járás mikéntjét vehettem csak mértékegységül. A részletes méretek a functio mivoltának magyarázatára, de nem annak mérésére használhatók. Nem használhatók pedig azért, mert a szervezetnek a rövidülések és contracturák kiegyenlítésére rendelkezésére áll a compensatiós eszközök oly sora, melynek pontos mérése nem is áll hatalmunkban.

¹ (Rövidítések: fl. = flexio, E. = extensio, Abd. = abductio, Add. = adductio, R. = rotatio, és pedig B. R. = befelé, K. R. = kifelé való rotatio, Sp. a. s. = spina anterior superior, M. E. = malleolus externus, Troch. = trochanter major.)

A pontosan vizsgált esetek közül — melyek eredményei egyeznek a kérdőívek útján összeállított eredményekkel — csak két esetben mondtam „kitünőnek“ a járást. Czipő, magas talp, tokos készülék és bot nélkül a járásnál biczegést nem lehetett észrevenni, dacára az egyik esetben fennálló nem lényegtelen rövidülésnek.

A „jó“-nak mondott eseteknél az imént említett segédeszközökkel tudtak a betegek alig észrevehető biczegéssel járni. A „tűrhetővel“ jelzett eseteknél a sántítás nagyfokú volt, „rossz“ eredmény alatt pedig értem azt, hogy a betegek csak mankóval voltak képesek járni.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

Markusovszky-féle egyetemi jubiláris előadások.

(V. előadás március 11-dikén.)

(Az ionok az elektrolit oldásakor képződnek. — Az elektrolitok vezetőképességének meghatározása. — Molekula-vezetőképesség. — A dissociatio fokának megállapítása. — Az elektrolitok eltérésének magyarázata a Van't Hoff-féle törvénytől. — Az elektrolitos dissociatio szabályai.)

Annak bizonyítására, hogy az elektrolitok vizes oldatában az ionok készen képződve vannak, Than Károly tanár bemutatta, hogy a koncentrált kénsav az elektromosságot nem vezeti, tehát ionokat nem tartalmaz, ellenben vízzel hígítva a kénsav jó vezető, és így az oldás-kor kellett az ionoknak képződni, melyek a vezetést közvetítik. Ki-

emelte, hogy a legnagyobb disszociáló erővel bírnak az olyan oldószerek, melyeknek legnagyobb a dielektromos állandójuk, a melyek tehát leginkább meggyengítik az ellentétes elektromos töltésű ionok egymásra való vonzó hatását. Ilyen pl. a víz, melynek a közönséges oldószerek között legnagyobb a dielektromos állandója, ezért a vizes oldatban leginkább vannak az elektrolytok ionjaikra bomlva, és pedig annál inkább, mennél hígítottabb az oldat. Kísérletileg bebizonyította, hogy ugyanazon fém különféle sóinak absorptiospectrumba azonos, mi csak úgy értelmezhető, hogy különféle sóinak oldatában, pl. a cuprisulfat és a cuprichlorid híg oldatában a cupri-ion okozza a kék színeződést.

Most áttért az elektrolytos disszociatio törvényeinek ismertetésére. Miután leírta Kohlrausch módszerét, melylyel az oldatok elektromos vezetőképességét meg lehet határozni, levezette a molekula-vezetőképesség fogalmát $\mu = \frac{k}{m}$, hol k az olyan oldat vezetőképességét jelenti,

melyben a molekulák száma m . Kísérletileg bizonyította be, hogy a molekula-vezetőképesség μ a hígítással eleintén gyorsan, később lassabban növekszik, míg végre állandó maximumot ér el. Ez akkor következik be, mikor az elektrolyt egész mennyisége teljesen ionjaira bomlott fel. Ha az utóbbi hígításnak megfelelő molekula-vezetőképességét μ_{∞} -el jelöljük, akkor a disszociatio fokát δ a v liter hígítású oldat molekula-vezetőképességéből μ_v a következő egyenlettel $\delta = \mu_v : \mu_{\infty}$ számíthatjuk ki. A disszociatio foka alatt értjük az ionjaira bomlott molekulák számának viszonyát az összes molekulák számához. E felfogás alapján kiszámíthatjuk bármely oldatban a bomlatlan molekulák és az ionmolekulák számát. Ha most az elektrolytok oldatának fagyásponteszkkenését a Van't Hoff-féle törvény felhasználásával kiszámítjuk, az ionokat mint önálló molekulákat véve tekintetbe, kiderül, hogy a számított érték összesség a kísérletileg talált fagyásponteszkkenéssel, ez azt bizonyítja, hogy az oldatban az ionok csakugyan jelen vannak, mi az elektrolytok eltérését a Van't Hoff-féle törvénytől teljesen megmagyarázza. E törvény Arrhenius e magyarázatával ugyanazon módon épen oly általános érvényűvé vált, mint a Gay-Lussac-Avogadro-féle törvény a Than-féle értelmezéssel, mely szerint az utóbbi törvény kivételei onnét származnak, mert az illető gázok (pl. az ammoniumchlorid) a hevítés folytán összetevőikre (H_2N és HCl -ra) disszociálnak.

Ezután előadók a következő tételekben foglalta össze az elektrolytos disszociatio szabályait:

1. *Aequivalens concentratiojű oldatokban az egyes elektrolytok disszociatiojának foka igen különböző.*

2. *Az egy vegyértékű fém és egy vegyértékű savmaradékból álló sók aequivalens oldatokban egyenlően és igen nagy mértékben vannak disszociálva.*

3. *Aequivalens oldatokban a több vegyértékű ionokból álló sók, ha szerkezetük hasonló, közelítőleg egyenlő mértékben vannak disszociálva.*

E szabályok helyességét egyes esetekben kísérletileg is bebizonyította. Így pl. kimutatta, hogy a sósav és ecetsav aequivalens oldatai közül az első igen jó vezető, az utóbbi pedig rossz vezető. Ha azonban a két savat ugyanazon erős lúggal, a natriumhydroxyddal telítjük, a keletkezett sók oldatai, a natriumchlorid és natriumacetat egyenlő mértékben jól vezetnek az áramot, azaz egyenlő mértékben vannak disszociálva.

Előadó kiemelte, hogy az elektrolytos disszociatio fokának meghatározása újabb fontos alkalmazást nyert az ásványvizek kémiai analysisében, továbbá physiologiai, pharmacologiai, toxicologiai és hygienikus vizsgálatokban, valamint a tápszerke hamisításának és a desinfectio számos kérdéseiben, melyekről később még behatóbban fog megemlékezni.

Válasz a németországi levélre.

Igen tisztelt szerkesztő úr!

Kérem, hogy becses lapja legközelebbi számában következő helyreigazító soraimnak helyt adni méltóztatassék.¹

Csiky János kartárs úr más szemmel nézheti a hazai orvosi viszonyokat és valószínűleg van is oka. De a sajátjának minden körülmények között kül- és belföldön egyaránt az igazságot kell szolgálni és nem követ el tehát hazafiatlanságot az, ki külföldi lapban a magyar orvosi rend helyzetét őszintén feltárja.

Csiky igen tisztelt kartárs úr nem is idézi helyesen a „Deutsche med. Wochenschrift”-ben megjelent soraimat, mert mondataimból kiszakít egyes szavakat az értelem rovására. Nem „trauriges Land”-ról, hanem „trauriges Land der Juristen”-ről beszéltem, mert orvosi ügyekben szerény véleményem szerint csak orvosok ítélkezhetnek. A külön szolgálati állományt évek óta kérjük és ezt az elvet vallják orvostársadalmi életünk vezérfőirai is! Az „Umständen” és „Zuständen” között is van különbség.

Csiky kartárs úr elhallgatja a német levelemben található számtalan hízegő dolgot és míg egyrészt azzal vádol, hogy leszóltam a magyar orvosi viszonyokat, addig másrészt — expressis verbis — elítélte volna a külföld előtt azt a fővárosi közönséget, mely az orvosszövetség

¹ Az audiatur altera pars elvénél fogva közöljük e viszonzólevelet a múlt heti németországi levélre. Ha a válasz elvi álláspontjának hangsúlyozása egészben véve jóhiszemű melegség gyanánt el is fogadható a hazafiatlanság vádjá ellen, a tapintathány annak megítélésében, hogy mi tartható fel és mi nem saját hazánkról a külföld előtt, még nem hazafiatlanság, azt hisszük azonban, jövőre nézve még is fenmarad szükségessége multkori figyelmeztetésünknek.

Szerkesztő.

által rendezett képkiallítást nem pártolta kellőleg és bevallja, hogy „ő is szidta a magyart egykor, hogy ez csak nálunk van így vagy amúgy”, de most külföldön látja, hogy miképp van.

Könnnyű a kritika mások sorai felett! De én ezt a külföldet már akkor ismertem meg mint kész orvos, midőn Csiky kartárs úr még a hazai orvosi viszonyokat sem ismerhette.

Engedjen meg Csiky igen tisztelt collega úr végre szintén egy példát.

Ha X valaki csak azt akarta hírül adni, hogy jelenleg Németországban tanulmányúton van, tanulmányaiban nem akarom őt ily vitákkal feltartóztatni.

Sugár K. Márton dr.

Közegészségügy.

Budapest fő- és székvaros közegészségügyi állapota 1902-ben.

Schermann dr. tiszt főorvos ez év január végéről kelt jelentése a közegészségi bizottságban következő:

I.

A székes főváros közegészségi állapota 1902-ben az egészségügyet első sorban befolyásoló halálozási és születési adatok figyelembe vételével kedvezőnek jelezhető az előző év ugyanazon adataihoz viszonyítva is, a mennyiben a születési esetek a halálozásokat 10,118-csal mulják felül.

Született 1902-ben 23,469 egyén, s elhalt fővárosi lakos 13,351, míg 1901-ben született 22,976, s elhalt 12,655 egyén, több született tehát 1902-ben 493-mal, azonban az általános halálozási szám 696-tal emelkedett.

Megjegyzendő, hogy az 1902-ben előfordult halálozások száma (13,351) kizárólag fővárosi lakosokból került ki, s nem számított hozzá az útról jött és itt elhaltak száma (1381). Ezen szám hozzászámításával az összes halálozás 14,732-re rúg. S ehhez képest az első esetben a halálozási coefficientens 1000 lakosra 17,3, míg az utóbbi esetben 19,2.

Az 1902-ben előfordult összes halálesetek számából, 13,351-ből, az összes heveny fertőző betegségben történt halálozásra 1305 esik (9,8%), kizárólag tuberculosis-halálozásra pedig 2600 jut (19,4%), a mi annyit jelent, hogy míg az összes heveny fertőző halálesetek száma az általános halálozásnak csak 1/10-ét teszi, addig a tuberculosis-halálozás az összes halálozásnak már 1/5-ére rúg.

Szembeállítva ezen adatokkal az 1901. év ide vonatkozó adatait, constatálható, hogy az 1901-ben előfordult 12,655 halálesetből az összes heveny fertőző betegségben történt halálozásra 1780 (14,0%), kizárólag a tuberculosis-halálozásra pedig 2370 jut (18,7%). Az 1902. évi tuberculosis-halálozás arányszáma tehát némileg csökkent.

A hevenyragályos kórok közül a súlyosabb természetűek általában csökkentek.

Csökkent a vörheny; míg ugyanis 1901-ben előfordult 2017 betegség, addig a lefolyt évben 1884, a csökkenés tehát 133. A vörheny terjedésének meggátlása szempontjából a kellő óvintézkedések megtételének. A ker. előjáróságok, mint I. fokú közegészségügyi hatóságok, illetőleg ezek szakközegei, a ker. tisztiorvosok az esetek egy részében a nm. m. kir. belügyminister úrnak 107,616/98 sz. a. kelt azon rendelete értelmében jártak el, mely szerint a vörhenybeteg, ha elkülönítésük épen nem, vagy csak hiányosan vihető keresztül, kényszer útján kórházba szállíthatók s ennek köszönhető nagy részben az, hogy a vörheny nagyobb mérvben nem terjedt.

Az 1901-ben és 1902-ben előfordult ragályos kórok betegedési adatait továbbra is szembeállítva, azon örvendetes tényt tapasztaljuk, hogy a hasi hagymáz 258-ról 217-re, tehát 41-gyel csökkent. A hagymáz-megbetegedések és halálozások száma az 1899. évet megelőző 3 és követő 3 évben következő volt:

	Megbetegedés	Halálozás
1896-ban	769	104
1897-ben	616	77
1898-ban	909	153
1899-ben ¹	798	175
1900-ban	310	75
1901-ben	258	54
1902-ben	217	30

Emelkedést mutat a *roncsoló toroklob és croup*: az 1901. évi 830 esettel szemben 1902-ben 1371 eset áll; az emelkedés tehát 541. Csökkent a *gyermekágyi láz* esetek száma, a mennyiben az 1901. évi 38 esettel szemben 1902-ben 34 megbetegedés fordult elő.

Hőlyagos himlő megbetegedés 1902-ben a székes főváros területén egyáltalában nem fordult elő.

Emelkedett a *kanyaró*. Míg ugyanis 1901-ben 5028 eset fordult elő, addig 1902-ben 8702, tehát 3674-gyel több.

A *hőkhurut* 457 esettel csökkent, előfordult betegség 1901-ben 1313, az 1902. évben pedig 856.

Váltóláz, bujakór és trachoma a tisztifőorvosi hivatalhoz havonta küldött ker. előjárósági jelentések szerint a székes főváros területén állandóan előfordultak.

A *diphtheriánál és croupnál* a betegedési esetek számának emelkedése mellett a halálozási százalék tetemesen csökkent; az 1901-ben előfordult 830 betegedési esettel szemben ugyanis 123 halálozás áll; a halálozási százalék 14,81, 1902-ben pedig 1371 betegedésre 118 halálozás esik, a halálozási százalék tehát csak 8,60.

¹ Mesterséges szűrők leszerelése.

Az egyes betegedési esetek felmerülése alkalmával különös figyelem fordított a nm. m. kir. belügyminister úrnak 1894. évi december hó 21-dikén 94.955 sz. alatt kelt körrendeletében foglaltakra. A ragály terjedésének lehető meggátolása szempontjából a tisztí orvos a helyszínen azonnal megjelenvén, a szükségesnek mutatózó óvintézkedések megtétele iránt haladéktalanul intézkedett (elkülönítés, vagy ennek lehetetlen keresztülvitele esetén kórházba szállítás, ételmi szerek, így különösen a tej beszerzési helye iránti puhatolás, végül a fertőtlenítés megejtése).

A polgármesternek a tisztifőorvosi hivatal előterjesztésére, a ragályos kórban megbetegedett iskolás gyermekek és ezek hozzátartozói kitiltási idejének megállapítása és a vörös ezédulák eltávolítása tárgyában kiadott 46.415/98 számú rendelete a lefolyt évben is minden esetben alkalmaztatott, a mi nagy mértékben elősegítette a ragályos kórok terjedésének meggátolását.

Az előfordult diphtheria és croup betegedési eseteknél, ép úgy, mint a többi ragályos kóroknak egy részénél, hol a tisztí főorvos, hol annak helyettese, illetőleg a központi tisztiorvosok megjelentek az ellenőrzés gyakorlása végett, s az elrendelt intézkedéseket szükség esetén szigorították.

A gyógyszerum alkalmazásának eredményéről a szt. László-kórház osztályáról bekívánt jelentés szerint nevezett kórházban 481 diphtheriás beteget gyógykezelték vérsavóval, kik közül gyógyult 424, vagyis az esetek 88-20/0-a, s meghalt 57, vagyis az esetek 11-80/0-a.

Részletezve ezen eseteket, azt találjuk, hogy tisztán torokdiphtheriában szenvedett 297, ezek közül gyógyult 284 (95-70/0), meghalt 13 (4-30/0).

Croup laryngisben szenvedett 46, ezek közül gyógyult 34 (74-00/0), meghalt 12 (26-00/0).

Torok- és gégediphtheriában szenvedett 138, ezek közül gyógyult 106 (76-90/0), meghalt 32 (23-10/0).

Ezen adatokból kiderül továbbá, hogy az összes beteganyag 38-20/0-a volt olyan, a mely mindenestre a súlyosabb alakhoz tartozik, a mennyiben 9-60/0-ánál tisztán croup laryngis, és 28-60/0-ánál torokdiphtheria is volt.

A kórház legutóbbi 3 évi diphtheria-beteganyagát tekintve, azt tapasztaljuk, hogy a súlyos esetek száma a lefolyt évben némileg emelkedett.

Igy az összes diphtheriás esetek közül tisztán:

Croup laryngis volt: 1900-ban 14-20/0, 1901-ben 6-70/0, 1902-ben 9-60/0.

Diphtheriás croup volt: 1900-ban 26-60/0, 1901-ben 28-10/0, 1902-ben 28-60/0.

Constatálható azonban, hogy a gégeszövdményes esetek nagyobb arányszáma dacára a gyógyulási eredmény a múlt évben kedvezőbb, a mennyiben 1901-ben a gyógyult esetek számaránya 78-50/0 volt, 1902-ben pedig már 88-20/0.

Ezen kedvező eredmény mellett kiemelendő, hogy a betegek betegségük korai stadiumában kerültek a kórházba, és így különösen a legsúlyosabb eseteknél a műtéti beavatkozás (intubatio, tracheotomia) eredményre vezethetett.

A 184 gégeszövdményes eset közül 78-nál oly fokot ért el a betegség, hogy műtéti beavatkozás vált szükségessé. Ez a szám pedig az összes esetek 16-20/0-át teszi.

Kiválóan örvendetesnek jelezhető ezen kedvező eredmény különösen azért, mert a lefolyt évben is kizárólag a hazai, Preisz tanár felügyelete alatt gyártott vérsavó használtatott.

Diphtheritis faucium et narium: megbetegedett 297, meggyógyult 284, 95-70/0, meghalt 13, 4-30/0.

Croup laryngis: megbetegedett 46, meggyógyult 34, 74-00/0, meghalt 12, 26-00/0.

Croup laryngis et diphtheritis faucium: megbetegedett 138, meggyógyult 106, 76-90/0, meghalt 32, 23-10/0.

Összesen: megbetegedett 481, gyógyult 424, 88-20/0, meghalt 57, 11-80/0.

A Budapest székesfővárosi szt. János-kórház ragályos gyermekosztályán az 1902. évben 76 diphtheria-eset kezeltetett, ezek közül gyógyult 63 (82-80/0), s meghalt 13 (17-20/0), az utóbbiak közül 2 esetet leszámítva, a melyben a halál a diphtheriás megbetegedéssel nem függött össze, a halálozási 0/0 14-4.

Tiszta torokdiphtheria-eset volt 34, gégeszövdményes 42.

Műtéti beavatkozás (intubatio, tracheotomia) 27 esetben történt, minden egyes esetben a serumtherapia alkalmaztatott. Az oltásokhoz a m. kir. belügyministerium által a kórház rendelkezésére bocsátott serum használtatott.

A Stefánia-gyermekkórházban az 1902. év folyamán összesen 202 diphtheriás beteg gyógykezeltetett, még pedig Preisz-féle serummal 113, Merck-félével 59, mindkettővel 30 beteg.

A 202 eset közül előfordult tiszta torokdiphtheria 96, tiszta gégediphtheria 22, torok-gégediphtheria 74. A többi esetekben csak a szem, száj, vagy orr nyákhártyáján, illetve a bőrön volt diphtheriás folyamat.

Ezek közül gyógyult 170, azaz a betegedési esetek 84-10/0-a, s meghalt 32 azaz 15-90/0.

Operatív beavatkozást igényelt 68 beteg, a kik közül gyógyult 43, azaz 63-10/0, s meghalt 25, azaz 36-80/0. Nem operáltatott tehát 134 beteg, a kik közül gyógyult 12-7, azaz 94-80/0 s meghalt 7, azaz 5-20/0.

Az esetek általánosságban súlyosak voltak, a diphtheriás betegek száma emelkedett 192-ről (1901-ben) 202-re.

Az esetek egy negyede (52) két éven aluli gyermekekre vonatkozik; az eseteknek felében (97 esetben) az alhártyás folyamat a gége

is kiterjedt, végül 5 gyermek kórházi tartózkodásának első 24 óráján belül halálozott el.

Ezen 5 gyermek valamennyi megoperáltatott. Ezek levonása után marad 197 diphtheriás beteg, kik közül meghalt 27, vagyis 13-60/0, s gyógyult 17-9, azaz 86-40/0.

Ezen egy napon belül elhaltak levonása után maradt 63 operált beteg, kik közül gyógyult 43 (68-20/0) és meghalt 20 (31-80/0).

A Bródy Adél-gyermekkórházban az 1902. évben 187 diphtheriás eset vétetett fel. Ezen 187 eset közül meggyógyult 165 (88-2), meghalt 22, a mi 11-80/0-nak felel meg. Ezen 22 elhalt eset közül volt 1 olyan, mely haldokolva hozatott be a kórházba, s a felvétel után néhány óra múlva meghalt. Levonva tehát ezen haldokolva behozottat, marad 186 esetre 21 haláleset, a mi 11-2-nek felel meg.

Könnyű eset volt 35, középsúlyos 48, súlyos 104, összesen 187. Az eseteknek tehát több mint felét képezték a súlyos esetek. Az összes esetekben az állami serumtermelő intézet (Preisz-féle) anyaga alkalmaztatott. Több esetben a serum prophylactice is befecskendeztetett a betegek hozzátartozóinál. Operatív beavatkozás (intubatio) 36 esetben végeztetett, gyógyult 19, meghalt 17. Ez utóbbi számban foglaltatik a fentemlített 1 haldokolva behozott eset, ezt levonva marad 35 eset, melyek közül gyógyult 19 (54-20/0) s meghalt 16 (45-80/0). Secundaer lézeshalál 5 esetben végeztetett, ezek közül gyógyult 2 s meghalt 3.

A himlőoltás a lefolyt cyclus alatt az e tekintetben fennálló törvény és szabályrendeletek szerint hajtattott végre. Beoltatott összesen 21.521 egyén, még pedig először 10.847, újra 10.674 egyén a Pápay dr.-féle himlőnyirk termelő intézetben készült anyaggal; sikerrel oltatott először 10.822 (99-80/0), sikertelenül 25.

Az újraultottak közül sikerrel oltatott 9821 azaz 910/0, sikertelenül 853, azaz 80/0.

A gyermekek ápolása s nevezetesen a 7 évnél fiatalabb gyermekek orvosi kezelése általában kielégítőnek jelezhető.

Mulasztás történt 46 esetben (múlt évben 51 esetben); az illető gyermekeket orvosi segélyben nem részesítő hanyag szülők illetőleg gyermektartók ellen mindannyiszor megindítottat a vizsgálat, melynek eredménye 14 esetben volt marasztaló, s a többi esetben felmentő.

Megemlítendő e helyütt az ingyentej kiosztó intézmény, a mely dícséretre méltó működésével a gyermekápolás ügyének kiváló szolgálatot tesz.

Az ételmi és élvezeti szerek, italok, gyárak, pálinkamérősek, valamint az egészségre veszélyesekké válható egyéb tárgyak, továbbá iskolák s végül a közhelyiségekre nézve előirt egészségügyi vizsgálatok a lefolyt évben is eszközöltettek, habár ez évben sem a megkívánt mértékben. Gyökeres javulás ezen a téren a főváros hatósága által már több ízben sürgetett fapszertörvény életbeléptetésétől és akkor várható, ha az orvosi szakközlegek a kerületekben is megfelelő számban szaporíttatni fognak.

Hatósági orvosi, állatorvosi és szülésznői kerületek alakításában változás nem történt. Minden állás be van töltve.

A szülészeti és halottkémlés a székes főváros területén kielégítőnek mondható.

A halottkémlést teljesítik a tisztiorvosok, a szülési eseteknél okleveles bábák, illetőleg hatósági kerületi szülésznők működnek közre.

A gyógyszerárak száma a lefolyt évben nem szaporodott.

Az orvosok száma a múlt évhez képest 1379-ről, 1268-ra csökkent, a szülésznők 865-ről 973-ra emelkedett. Az orvosok számának csökkenése onnan ered, hogy számos orvos a fővárosból való elköltözését a főorvosi hivatalnak nem jelentette s ezen körülményről csak akkor szerezhetett tudomást, midőn a rendőrségi bejelentési hivatal ezen adatok közlése iránt megkerestetett.

Az egészségügy javítására, az egészségügyi hiányoknak eloszására vonatkozólag felemlítendő, hogy az 1902. év folyamán a csatornahálózat 7 utcában, 4 úton és 2 téren 4029-25 meter hosszúságban kiterjesztetett, valamint hogy a vízvezeték 24 utcában bevezettetett s 4 új park létesített.

Megemlítendő az 1902. év folyamán a tekintetes tanácshoz bemutatott előterjesztések közül a következők:

A tisztí főorvos javaslatot tett: 513/1902. sz. a. a tuberculosis elleni védekezés tárgyában.

1375/1902. szám alatt előterjesztést tett a conserváló szerek tárgyában.

798/1902. szám alatt véleményes jelentést tett a bacillol gyakorlati alkalmazhatósága tárgyában.

3006/1902. szám alatt előterjesztést tett a vörhenybetegeknek ezentúl is kötelező kórházba szállítása tárgyában, ha azt a lakásviszonyok szükségessé teszik.

2027/1902. szám alatt véleményt mondott a csatornák szennyvizének földek öntözésére való felhasználása tárgyában és

3602/1902. szám alatt a székes főváros területén levő kórházak és gyógyintézetekben a közigazgatási bizottság kebeléből kiküldött bizottság által tartott vizsgálat eredménye tárgyában.

Az 1902. év folyamán új kórház nem nyílt meg.

Ingyen gyógyszerek nyújtása a lehető kiterjedt módon a ker. előjáróságok által kiállított szegénységi bizonyítvány alapján, az 1898. XXI. t.-cz. értelmében az országos betegápolási alap terhére történt.

A haszonállatok egészségi állapota a székes főváros területén általában kedvezőnek jelezhető. Habár egyes területekben szórványosan fordultak elő ragályos megbetegedések s elhullások, az előirt állat-

egészség rendőri óvintézkedések foganatosítása következtében járványt nem fajultak.

Az állategészség rendőri intézmények működése kielégítő volt, mulasztás, vagy ennek folytán káros következmény észlelhető nem volt.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A hasi hagymáz gyógykezeléséről.

Közlő: Nagy Pál dr.

(Folytatás.)

Markl: Experimentelle Untersuchungen über den Antityphus-extract Jez's. Wien. klin. Woch. 1902. — Marsden R. W.: Diet in typhoid fever. Lancet, 1900. — Mason: Notes on typhoid from 676 cases admitted to the Boston city hospital in 1890 and 1891. Boston med. and surg. Journ. 1892. — Mathieu: Behandlung der Darmblutungen der Typhuskranken. Ref. Ther. d. Gegenw. 1901. — Naunyn: Fieber und Kaltwasserbehandlung. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 18. kötet. — Oddi: La tinctura di jodio somministrata quale farmaco nell' ileo-tifo. Giorn. med. del reg. esercito. 1900. — Osler: A plea for the more careful study of the symptoms of perforation in typhoid fever. Lancet, 1901. febr. 9. — Osler: Five years' experience with the cold-bath treatment of typhoid fever. Philad. med. News. 1895. — Page Ch.: Hygienic or drug treatment for typhoid fever. New-York med. Record. 1894. — Palma P.: Die interne Anwendung des Chloroforms bei Typhus abdominalis. Zschr. f. Heilkunde. 1894. — Petruschky: Spezifische Behandlung des Abdominaltyphus. Deutsche med. W. 1902. — Pfeiffer und Kolle: Exp. Untersuchungen zur Frage der Schutzimpfung des Menschen gegen Typhus abd. Deutsche med. W. 1896. — Platt: Operative Behandlung der Darmperforation bei Abdominaltyphus. Therap. Monatsh. 1899. — Pliquet: Die Darmperforation beim Typhus abdominalis, ihre Prophylaxe und Behandlung. Medico, 1899. — Pometta: Wien. med. W. 1901. — Presser: Über die Behandlung des Typhus abdom. mit Injektionen von Culturflüssigkeiten von Bac. typhi u. Bacillus pyocyaneus. Zschr. f. Heilkunde. XVI. kötet, 1895. — Purdom J. Fuldson: Intestinal antiseptics in typhoid fever. New-York med. Record, 1893. — Puritz: Reichliche Ernährung bei Abdominaltyphus. Virchow's Arch. 131. kötet, 1893. — Polacco: Über Ichthoform und Ichthyolbäder in der Therapie des Typhus abdominalis. Deutsche med. W. 1901. — Quill: The use of a combination of carbolic acid and chloroform in enteric fever. Brit. m. Journ. 1899. — Robin: Du chimisme respiratoire, à l'état normal et dans la fièvre typhoïde. Les applications thérapeutiques. Bull. de Thér. 131. k. 1896. — Romberg u. Pässler: Untersuchungen über die allgem. Pathol. u. Therapie der Kreislaufstörung bei acuten Infektionskrankheiten. D. Arch. f. klin. Med. 64. k. — Rumpf Th.: Die Behandlung des Typhus abd. mit abgetödteten Culturen des Bacillus pyocyaneus. Deutsche m. W. 1893. Verhandl. d. XIII. Congr. f. innere Med. Wiesbaden. 1895. — Rumpf u. Wilckens: Die Behandlung des Typh. abd. mit abgetödteten Culturen des Bac. pyocyaneus. Jahresb. d. Hamb. Staatskrankenanstalt. IV. 1893—94. — Salis-Cohen: Notes on the treatment of typhoid fever. Philad. Polyclin. 1897.

Wilson Brand-féle eljárással kezelt 300 beteg között 6-6% halálózást tapasztalt, Juhel Rénoy 200 úgy kezelt betegje közül 8% halt meg. Bouveret lelkesezik ez eljárásért, 100 betege közül 3 halt meg.

Hare 3730 typhus-beteg sorsáról számol be. Tíz év alatt 1902 beteget kezelt Brand-féle módon, kik között 7-5% volt a halálózás, 1828 füröztetés nélkül kezelt beteg közül pedig 14-8% halt meg. Hare megjegyzi, hogy a halálózás egyes években igen ingadozó volt (1-3%—11-6%).

Arland füröztetéssel kezelt 164 betege közül 4-7% halt meg, Osler 299 így kezelt betegénél 6-6% volt a halálózás. Hasonló jó eredményt látott Lépine is.

Robin Albert egyedül a Brand-féle kezelést tartja rationalisnak, mert általa hatalmasan fokozzuk a szövetek oxigen-felvételét, mi a mérgező bakterium-termékek csökkentésére szükséges.

Shattuck szerint az Amerikában gyakorolt enyhe vízkezelés nem ad oly jó gyógyulási arányt, mint a Brand-féle kezelésmód.

A Ziemssen-féle 20—30 perczig tartó, 35° C.-ról 20° C.-ra fokozatosan lehűtött teljes fürdők nagy elterjedésnek örvendenek. Sok szerző némi módosítással használja, a mennyiben a víz hőmérsékének megválasztására s a füröztetési idő tartamára a beteg állapotát veszi irányadónak.

Curschmann 25—27° R. fürdőket alkalmaz, miket a beteg állapota szerint 18° R.-ig lehűtet.

Gyermekeknél kitűnő hatásúnak találta Ausset a két óránként ismétlődő, 20—18° C.-ra lehűtött teljes fürdőket.

Comby 168 typhusos gyermeket kezelt 32°-ról 20°-ra lehűtött 10 perczig tartó fürdőkkel. Átlagos halálózási százalék 7-2 volt.

Bäumler a freiburgi klinikán füröztetéssel kezelt 1019 typhus-betegnél (23 év alatt) 9-32% halálózást észlelt. Levonva a haldokolva behozottakat s a lábadozáskor tüdővészben elhaltakat 7-8% marad a halálózási arány. A betegek 39-5 hónalj-hőmérsék mellett erőállapotuk s koruk szerint 28—24-u fürdőt kapnak.

Erős, fiatal egyéneknek 20° C.-ra is lehűtik a vizet. A beteg teste a 8—10 perczig tartó fürdőben folytonosan dörszöltetik.

Fürdő után alkoholos forró italt, meleg takarót kap a beteg. Zavart sensoriumnál a fürdés végén alkalmazott 10—15° C. hideg leöntés szokott jót tenni.

Liebermeister szerint nem fontos, hogy állandóan lenyomjuk a hőmérsékét, hanem sokkal észszerűbb, ha az éjjeli természetes remissiókat éjjeli fürdőkkel fokozzuk.

Winternitz nem annyira a hőmérsékét, mint inkább a pulzus minőségét ajánlja irányadónak a füröztetés idejének megválasztására. Ő különben alkalmatlannak tartja a teljes fürdőt s inkább a félfürdőt ajánlja leöntésekkel s folytonos dörszöléssel, mi által a bőr véredényeinek tágulása folytán nagyobb a hőelvonás.

Kobler a serajevo-i kórházban 331 beteget 14—16°-os hideg vizes ledörszöléssel kezelt. Halálózás 6% volt. A ledörszölést annyiszor ismételte, a hányszor 38-5° C. volt a hónalj-hőmérsék. Hasonló hidegvizes ledörszölést alkalmaztak Timen és Page is.

Az igen nyugtalan deriláló betegeknek alkalmasak a 33—34°-os langyos fürdők, melyeket Naunyn az esti és déli órákban ajánl alkalmazni. A betegek az ilyen fürdőkre rendszeren megnyugszanak s elalusszanak. Winternitz ily esetben a rövid ideig (10—15 percz) tartó, 5—6 óránként megismételt 22 fokos fürdőt ajánlja.

A Riess-féle prolongált meleg fürdőket ajánlja Afanassief, Manassein és Uncericht.

Eichhorst hasonlóan jónak találja a meleg fürdőket. A zürichi klinikán minden typhus-beteg, míg lázas, naponként kétszer fürdetik 35°-os vízben, kezdetben 15, később 30 perczig. A láz szünete után egy hétig naponként egy ilyen fürdőt kap a beteg. Eichhorst a betegéinél elért jó eredményt (10%) nagyrészt a füröztetésnek tudja be. Hogy e meleg fürdők mily kitűnő bőrpolási szer, bizonyítja, hogy 15 év óta 1718 typhus-beteg közül egynél sem látott decubitust.

Anuschat 33—35° C. meleg vízzel kezelt 150 typhus-beteget, kik valamennyien meggyógyultak. Betegeit napjában háromszor füröztötte 15—25 perczig.

Ilyen 30°-os, 15—20 perczig tartó fürdőket alkalmaz Stange is, csak igen magas lázaknál kíván hűvösebb fürdőkkel hőelvonólag is hatni. Stange a meleg fürdők jó hatását az utánok bekövetkező bőseges izzadásnak tudja be, mi által megakadályoztatik a túl magas hőemelkedés s a szervezet részben megszabadul a mérgező anyagcsere-termékektől s toxinoktól. A bőr véredényeinek telődése a belső szervek vérpangását csökkenti s a bőr táplálkozási viszonyait javítja, mi által nem szárazzik decubitus.

Azon esetekben, hol külső hydiatikus procedurák alkalmazása nehézségekkel járt vagy kivihetetlen volt, Lemoine hideg vízzel végbél-beöntéseket alkalmazott. A 18—20°-ra lehűtött forrált vízből 2—3 liternyi mennyiséget önt be kis nyomás mellett a végbélbe 2—3 órai időközökben. Szerinte e beöntések jól csökkentik a hőmérsékét s a betegek közérzete is szemlátomást javul.

Adams alkoholos ledörszöléstől is látott hőcsökkenést. Ugyanő ajánlja, hogy a meztelen typhus-beteget 19—20°-os szénsavas vízzel fecskendezzük s nedvesen lepedőbe burkoljuk.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Die Anatomie und Physiologie der Kehlkopfnerven, mit ergänzenden pathologischen Beiträgen. Von Dr. A. Öndi, Professor der Rhino-Laryngologie an der Universität, Mitglied der ungarischen Akademie der Wissenschaften. Berlin. Verlag von Oscar Coblentz. 1902.

Öndi tanár, a ki már 1887 óta foglalkozik, még pedig kiváló eredményekkel a gégeinnervatio boncz- és élettanával, ezen munkában a magyar tudományos akadémia megbízásából végzett önálló vizsgálatai alapján ismertette meg a tárgyra vonatkozó ismereteink jelen állapotát. Mondhatni, nincs egyetlen idevágó kérdés sem, a melynek megvilágításához a szerző nem járult volna hozzá, azonkívül az új tényeknek egész sorozatát állapította meg, és sok, már egy évszázadon át húzódozó nyílt kérdésre adta meg a végleges feleletet. Mindezen eredmények eléréséhez nagyban hozzájárult Öndi kiváló anatómiai ügyessége, a mi megint fényes bizonyítékát adja annak, hogy mennyire gyümölcsöző lehet az orvostudomány minden ágára nézve bármely exact tudományos képzettség.

Némely szerzőnek a gége idegeinek anatómiájára vonatkozó azon felfogása, hogy a vagus tisztán érző ideg, a mely motorikus rostjait az accessoriustól kapja, jelenleg megdőntöttnek tekintendő, a mennyiben nyilvánvaló, hogy az accessorius úgy fejlődéstanilag, mint összehasonlító-anatómiailag és a phylogenesis szempontjából a vagustól ép úgy nem választható el, mint az accessorius spinalisnak az accessorius vagitól való elválasztása lehetetlen. Halaknál és amphibiumoknál az accessorius mint a vagus ága szerepel, a mely a trapez-izmot idegzi be, a mely izom a magasabb rendű állatoknál a trapeziusnak + sternocleidomastoideusnak felel meg. Szerző vizsgálatai alapján az embernél az accessorius két ága annyiban különíthető el egymástól, a mennyiben az egységes extra és intramedullarisán szorosan összefüggő gyökörök, tehát a vagus és az accessorius vagi egy anatómiai komplexusnak, és épen így az accessorius spinalis is önálló idegnek tekintendő.

A gége beidegzését tisztán a vagus képezi, az accessoriusnak ehhez semmi köze. Phylogenetice érdekes, hogy a gégeizomzat a pharynx-izomzattól származik, és hogy úgy a pharynx-, mint a larynx-izomzat a vagustól és ennek ágaitól, a gégeágaktól, innerváltatik. A pharynx-izomzatról azonban tudjuk, hogy ezt a vagus és a glossopharyngeus látja el, és hogy az ébrényi életben ezen idegek ganglionjai összefüggnek

és csak később izolálódnak. A vagus vegyes karakterének megfelelőleg úgy a felső, mint az alsó gégeideg szintén vegyes karakterű. A vagust jellemző fonatképződések, továbbá a rostok összeköttetései és kieserőldései a páratlan szerveken, az embernél is a gége területén a gégeidegek részéről ekkép nyelik phylogenetikus magyarázatukat. Úgy a klinikai, mint a kórszövettani vizsgálatok tabesnél (*Oppenheim, Reus, Fränkel*) kétségtelenül bizonyítják, hogy csupán a vagus, nem pedig az accessorius is, innerválja a géget.

Elő kutyákon már *Russell* 3 kötegre osztotta az alsó gégeideget (*recurrens*) törzsét; villamos izgatásra az egyik a hangrést szűkítette, a másik kitágította és a harmadik nem reagált. Ez az utóbbi köteg a *Kandaraszy* és *nodí* által ramus leiri trachealis n. laryngei superioris. Szerzőnek sikerült továbbá az alsó gégeideg törzsét 4 részre osztani, a melyek közül 3 köteg villamos ingerlése a hangrész szűkülését, egy a hangrész tágulását vonta maga után. A vagusban és a *recurrens* törzsében haladó hangképző és belégző idegrostok izolált lefutását szerző igen szépen követte az embernél, továbbá kutyáknál, leginkább sikerült azonban ezt követni lónál és pedig 88 cm. hosszúságban. Szarvasmarhánál a sűrű plexus-képződés miatt az izolálás nem volt keresztülvihető.

A gégeidegek *physiologiájára* nézve *Krause*-val egyetértőleg a gége, lágy szájpad és a garat mozgásainak centrumát a gyrus praefrontalisba helyezi. Ellentétben azonban *Krause*-val, de egyetértőleg *Semon*-nal, szerző rámutatott arra, hogy még ezen centrum mindkét oldali kiirtása után is úgy a hangképzés, mint pedig a hangszalagok mozgásai intact maradnak. Ennek oka az *Ónodi* által megállapított subcerebralis phonatiós centrumban van, a mely a kutyánál a nyúltagy és a IV. agygyomor azon részét foglalja el, a mely 12 mm.-nyire a hátsó corpora quadrigeminától terjed a vagus területe felé. Míg a nagyagy működéseinek kizárása vagy a kisagy laesiója a hangképzésre nincs befolyással, addig ez a vagus-terület felett végzett metszésre megszűnik, ellenben a légzés fennáll. Ezen adat teljesen egybevág a *Goltz*-féle kísérletekkel, a hol is az agyféltekék kiirtására és a nagy agyganglionok ezután kétértelmű ellágyulására, hangképzési zavarok nem álltak be. Hogy ez a localisatio az embernél is érvényben van, azt *Ónodi*, a *Kézmárcskey* és *Tauffer* tanárok klinikáiról rendelkezésre bocsátott perforált újszülötteken, továbbá hemicephal és anencephal torzszülötteken bizonyította be, a mely magzatok hangot adnak, feltéve, hogy a subcerebralis phonatiós centrum megvan.

A *Longet* által felállított tételt, mely szerint a ramus internus nervi laryng. sup. tisztán sensibilis, a ramus externus pedig csupán motorikus rostokat tartalmaz, *Exner* tudvalevőleg nyulakon és kutyákon végzett ingerlési és degenerációs kísérletei alapján megtámadta és a kétfős innervációt vette fel. *Ónodi* számos állatkísérletei alapján a *Longet* fellelő felfogást találta beigazoltnak. Az *Exner* által kutyáknál és nyulaknál kimutatott n. laryngeus medius pedig *Ónodi* szerint a felső gégeideg ramus externusának egy kivált kötege, a mely részint a ramus pharyngeus nervi vagi közvetítésével direct, részint rendellenes összeköttetések alakjában jut a musculus cricothyreoideushoz, vagy pedig bejut, a ramus externus nerv. laryngei superioris pályájába. A nervus laryngeus superiorban, a mely *Longet* szerint a m. cricothyreoideus ki-vételével az összes többi gégeizmot látja el, sensibilis és más egyéb funkciót végző idegrostot is talált.

A *Rosenbach* által 1880-ban először közölt észleletet, mely szerint a *recurrens* törzs összenyomására előbb a gégetágítók és csak később a gégeszűkítők működése szenved, tudvalevőleg *Semon* 1881-ben, *Rosenbach*-tól függetlenül, klinikai megfigyelései alapján azon híres törvényre emelte, mely szerint a motorikus gégeidegek úgy peripherikus, mint centralis organikus laesioinál vagy kizárólag a tágitók betegszenek meg, vagy pedig előbb a tágitók és csak azután a szűkítők. *Ónodi* kísérletileg bebizonyította, hogy a tágitó idegek izolált rostjai előbb veszítik el elektromos ingerlékenységüket, mint a szűkítők. Ugyanezt találta utána *Russell*, ha azok a levegőnek lettek kitéve. Ezen viselkedést *Ónodi* kórboneztanilag is bebizonyította, a mennyiben *Kéty* tanár klinikáján egy későbbi boncolás alá került aneurysma aortae-t figyelt meg, a hol is a jobb *recurrens* részben, a bal pedig teljesen comprimalva volt. Ezen esetben, a mint ezen módszer az élettani kísérleteknél is bevált és ahogyan eddig hasonló mikroskopi czélokra még nem alkalmazták, az összes idegágakat összefüggően a *recurrens* törzsszel és az izmokkal kipraeparálta; a fáradságos szövettani vizsgálatokat *Ligeti* magántanár végezte. Az eredmény — mint már említettük — a *Semon*-féle törvény beigazolása volt.

A különben is mindvégig érdekesen megírt munka egy valóságos standard work, mely minden anatomusnak, physiologusnak és larynologusnak, a ki a gégeinnervatio terén búvárkodni akar, nélkülözhetetlen.

Donath Gyula dr.

Új könyvek. *Sonnenburg* und *Mühsam*: Compendium der Operations- und Verbandstechnik. I. Theil. Berlin, A. Hirschwald. — *Lachs*: Die Gynäkologie des Galen. Breslau, J. U. Kern (M. Müller). — *Leubuscher*: Staatliche Schulärzte. Berlin, Reuther und Reichard. — *Schlösser*: Leitfaden zum Unterricht für das Pflegepersonal an öffentlichen Irrenanstalten. Wien, F. Deuticke. — *Finsen*: Mittheilungen aus Finsens medicinischem Lichtinstitut in Kopenhagen. III. Leipzig, F. C. W. Vogel. — *Schwarz*: Die inneren Krankheiten in kurzer Darstellung. Wien, M. Perles. — *Dupuy*: Le dogme du secret médical. Paris, F. R. de Rudeval. — *Leredde et Pautrier*: Phototherapie et photobiologie. Paris, C. Naud. — *Lévy-Bing*: Les injections mercurielles intramusculaires dans la syphilis. Paris, C. Naud. — *Bain*: De l'auto-représentation chez les

hystériques. Paris, Vigot frères. — *Tuffier et Desfossez*: Petit chirurgie pratique. Paris, C. Naud. — *C. B. Keetley*: Gastric ulcers: their surgical treatment. London, Smith, Elder and Co. — *Cuthbert S. Wallace*: Preparations for operations in private houses. London, H. J. Glaisner.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

A mesotanról, ezen külsőleg alkalmazandó új salicylkészítményről, melyről nemrégiben már megemlékeztünk, újabban ismét több szerző nyilatkozik kedvezően. Így *Röder* (Münchener medic. Wochenschrift, 1902. 50. szám) nagyon jó eredményekkel használta rheumás eredetű ízületi, izom- és fascia-affectióknál. Különösen kiemeli a belső kezeléssel oly gyakran daczoló subcutan ízületi csúznál tapasztalt jó hatását. A környéki idegeknek meghűlés okozta megbetegedéseiben szintén jó eredményeket ért el mesotannal. Kellemetlen mellékhatásokat (dyspepsia, fülzúgás, izzadás) néha jelentkező erythemától eltekintve nem látott. *Ruhemann* (Allgem. medic. Central-Zeitung, 1902. 99. szám.) szintén nagyon jó szernek tartja a mesotant heveny ízületi csúz, izomrheuma, ízületi ízületi csúz heveny exacerbatioi, köszvényes affectiók, rheumás neuritis eseteiben. Felemlíti, hogy erysipelas ellen is használható, továbbá hogy cystitis esetében már néhány kávéskanálnyi mesotan bedörzsölése után megszűnt a gyenyedés, bronchectasiánál pedig a köpet bűzösége mesotan használata után csakhamar eltűnt. Némely esetben jelentkező bőrlöbön kívül egyéb kellemetlen mellékhatást nem észlelt. *Reichmann* (Therapie der Gegenwart, 1902. 12. szám.) eddigi eredményei alapján a mesotannal való további kísérletezést ajánlja. A bőrgégés és kellemetlen szag csökkentésére 20–30% ricinus-olaj hozzáadását javasolja. *Arató* (Magyar orvosok lapja, 1902. 50. szám.) heveny sokizületi csúz, továbbá úgy heveny, mint ízületi izomcsúz eseteiben nagyon jó eredményekkel használta a mesotant. Kiemeli egy betegét, a ki salicylt belsőleg nem tűrt, a mesotan azonban semmi kellemetlenséget sem okozott. A szert naponta 3-szor alkalmazta. A némely esetben mutatkozó kellemetlen hatás a bőrre a szer megfelelő hígítása útján mindig elkerülhető.

Húgyszervi betegségek.

A gonorrhoea gyógykezeléséhez ezímen *Walther Pick* egy rövid közleményben először az albarginnal heveny kánkó eseteknél elért eredményeiről számol be, a mennyiben 1/400, majd 1/2000-os oldattal háromszor naponta kezelt 24 betegnél átlag 8 nap alatt tűntek el végleg a gonococcusok a váladékból. A szer oly kevéssé izgat, hogy még az 1/1000-os oldat, mely erősen adstringens hatással is bír, 10 percig is a húgyvesében tartható. Szerző oda concludál, hogy az albargin, a mi a hatás gyorsaságát és a fájdalom hiányát illeti, az eddigi antigonorrhoeumokkal teljesen egyenértékű, a hatás biztonságában őket még felül is mulja, úgy hogy legmelegebben ajánlhatja. A cikk második része az idült kánkó bizonyos alakjainak egy új kezelési módját ismerteti chromsav és argentum nitricum híg oldataival (1:4000–1:2000, melyeknek „bőrképző” vagy chromezüst-képző hatása alatt a minden kezelésnek ellentálló váladék eltűnt, a fonalakban a fehér versejtek mind gyérebbek lettek, a fonalak végre csupán hámoiból állottak s ezen hámoló hurut képe alatt mihamarabb teljes gyógyulás állott be. A kezelés kezdetén mindkét szer 4000 oldata használandó, a chromsav a pokolkö előtt naponta 3-szor; ezen második injectio elég gyakran heves égetést okozott s egyes esetekben acut recidivákat idézett elő. Később a kezelés naponta kétszer, majd csupán esténként s végre két esténként végzendő. Indikált ezen kezelés a heveny gyulladás szak lezajlása után, midőn a váladék csupán nyálkás, reggelenként mint bonjoursepp mutatkozik s midőn a gyulladás folyamata már csupán egyes góczokra szorítkozik. Ezen erős megkorítás daczára az itten felsorolt esetek mégis a praxisban az orvos elé kerülő chronikus kánkó eseteinek zömét foglalják magukba. (Die Therapie der Gegenwart, 1903. február.)

Picker Rezső dr.

Mindkét csípőcsonton és a hólyagon át hatoló lövésű sérülés esetét közli a délafrikai háború színhelyéről *H. Goodman*. A lövés mintegy 40–50 meter távolságból történt, a sérült provisorikus kötéssel 2 napig szabadban feküdt, azután maga körülbelül 20 kilométernyi útát gyalog tett meg a legközelebbi kórházba. Midőn a sérülés után a 8-adik napon szerző elé került, a jobb csípőcsonton levő bemeneti nyílás teljesen be volt gyógyulva, a bal sacro-ischadicus nyílásnak megfelelő kimeneti seben vizelet szivárgott, magas lázak. A hólyag a gát felé külső húgycsövezés útján állandó katheterrel draineztetett, a kimeneti nyílás tágitatott és az általános sebész szabályok szerint látottat el. 14 nap múlva a katheter eltávolítása után az összes vizelet per vias naturales távozott, a gátseb 10 nap múlva gyógyult, a kimeneti nyílás pedig csak egy nagy elhalt esontdarab eltávolítása után záródott be végleg. (The British Medical Journal, 1903. január 17.)

Picker Rezső dr.

A helmitol vizelet-desinficiáló hatásáról számol be *Heuss E.* (Zürich), melyet cystitisnek mintegy 20 esetben próbált ki. A helmitol kristályos fehér por, savanyú vegyhatású s körülbelül 70%-ban oldódik. Savanyú közegben csak lassan bomlik, alkalis közegben ellenben könnyebben, mely alkalommal szabad formaldehyd képződik. A helmitol, mely az urotropinnal rokon vegyület, kitiűően desinficiálja a vizeletet a belőle könnyen lehasadó formaldehyd útján és e tekintetben mintegy négyeszerre hatásosabbnak bizonyult, mint az urotropin. Kellemetlen mellékhatásokat sohasem okozott, gyors hatású s azon kiváló tulajdonsággal is bír, hogy kifejezetten fájdalomcsillapító hatású. A helmitol adagolása főleg belsőleg történik s napi dosisa elosztva 3–8 gm.

Szükség esetén helybelileg is használható hólyagöblítőnek, a mikor az 10/0-os és 20/0-os oldatok váltak be legjobban. (Monatshefte für prakt. Dermatologie, 1903. 36. kötet, 3. szám.) Guszmann dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Abrotanol-pastillákkal elért kedvező eredményekről számol be *Helfer* a bécsi közpórház III. orvosi osztályáról. Az abrotanol-pastillák az artemisia abrotanum kivonatából és mentholból állanak és cacaoval vannak bevonva. E pastillák a fokozott bélperistaltikát csökkentik, a colika-fájdalmakat mérséklék, a bélnyákhártya hypersecretióját alá-szállítják és a kórokozó csírokat a bélben tönkreteszik vagy toxikus hatásukat tetemesen csökkentik. Naponként átlag négy pastilla adandó. Természetesen az esethez mért diéta is fontos. Az abrotanol-pastillákat a „Hell und Co.” troppani kémiai gyár készíti. (Wiener mediz. Presse, 1903. 3. szám.)

Tonsillitis phlegmonosa esetét közli *Durand*, a melyben nagyon jó eredménnyel használta a sörélesztőt. A 22 éves nő évek óta minden tavasszal szenvedett phlegmonosus toroklobban, a melynek következtében körülbelül egy hét mulva tályog képződött, melyet meg kellett nyitni. Legutolsó alkalommal a betegség 4-dik napján, a mikor a tályog-képződés kétségbevonhatatlan jelei már megvoltak, kísérletet tett a sörélesztővel, a száritott készítményből 4 kávékanálnyi adván naponként. Ezen kezelés mellett rohamos javulás és rövid idő alatt gyógyulás következett be. Az eljárást előzőleg már mások is (Toupet, Ferry, Vernet) sikerrel használták. (Ref. La semaine médicale, 1903. 2. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1903. 10. szám. *Borbély Samu*: A gyomorrák műtét-tanához. *Ostermayer Miklós*: A hüvelytornász traumatikus repedésének esete.

Orvosok lapja, 1903. 10. szám. *Fejér Gyula*: Belladonna-mérgezésekről a szemészeti gyakorlatban. *Stein Adolf*: Megjegyzések a röntgenographia haladásáról.

Magyar orvosok lapja, 1903. 10. szám. *Weisz Ede*: Casuistikus közlemények a püstyéni munkáskórházból. *Preisach Izidor*: A diabetes mellitus kör- és gyógytanának mai állása. *Herczel Manó*: Esetek a hassebészet köréből. *Müller Vilmos*: A narcosisról.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 10. szám. *Jolles*: Volumetriás módszer a húgysav mennyiség meghatározására a vizeletben. *Kast*: Banti-kór esete. *Chmelar*: Adat a leukaemia aetiologiájához. *Kapper*: Serummal sikeresen kezelt tetanus esete. *Neugebauer*: Medullaris narcosis. *Martell*: A tüdőgümőkór korai szakának kezelése calomellel.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 10. szám. *Büdingen*: A lép kocsányesavarodása és a vándorlóp aetiologiája. *Ezner*: A vérédegyek egyesítésére és trasplantációjára vonatkozó kísérletek. *Ranzi*: A nyakbordák casuistikájához. *Floderer*: Charcot-Leyden-féle jegeczek empyema-genyben. *Swoboda*: Tussis convulsiva gyógyítása aristochinnal. *Kapsammer*: Gonorrhoeás stricturából kiinduló lymphosarcoma bulbi urethrae.

Wiener medizinische Presse, 1903. 10. szám. *Heller*: A Basedow-kór terapiájához. *Grosz*: A syphilis serotherapiája. *Königstein*: Néhány új gyógyszerrel a szemészeti gyakorlatban. *Planer*: Veseloból származó szabad hasvízkór eltűnése laparotomia után.

Prager medicinische Wochenschrift, 1903. 6. szám. *Simnitzky*: Az aorta-intima gümőkórjának két esete.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1903. 5. szám. *Bürlocher*: A térdkalácstörés kezelése. *Rodari*: A mágneses mező physikalikus és physiologico-therapeutikus befolyása az emberi szervezetre. *Greppin és Pfahler*: A cholelithiasis gyógyítása chologennel.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 10. szám. *König*: Térdizületi gümőkór; várákózó kezelés vagy műtét? *Snel*: Immunitás és narcosis. *Cohn*: A tabes higany-aetiologiája. *Engel*: Trauma okozta albuminuria. *Doll*: Bigeminián alapuló kettős szívlökés esete.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 9. szám. *Dunbar*: A szénaláz oka és specifikus gyógyítása. *Veit*: A foetus táplálkozásának physiologiájához. *Schulze-Vellinghausen*: Az inveterált puerperalis méhinversio conservativ-operatív kezelése. *Enslin*: A tuberculin diagnostikai értéke keratitis parenchymatosa eseteiben. *Moser*: A gyomor myosarcomája. *Heinrich*: Terhesség és veselő. *Engel*: Schultze-féle lóbalások kis gyermekek broncholitisében és hurutos tüdőlobjában. *Neufeld*: Orrtűkőr az orr steril tamponálásra szolgáló szerkezettel. *Ottolenghi*: Tojássárga-antiserum. *Braun és Rumpf*: A nagy fokban mozgékony szív aetiologiájához és tünettanához.

Centralblatt für innere Medizin, 1903. 5. szám. *Jolles*: Klinikai phosphometer. 6. szám. *Ferrannini*: Öröklött veleszületett szívbeteg. 7. szám. *Rosenfeld*: A homokóragyomor diagnostikája. *Christen*: A tejszerű ascites tanához. 8. szám. *Seelig*: A aetherglykosuria és befolyásolása intravenosus oxygeninfúziókkal. 9. szám. *Binz*: Tengeri betegség. 10. sz. *Brissaud és Bauer*: A spinalis metameria tekintettel az amyotrophikák localisatioira.

Centralblatt für Chirurgie, 1903. 4. szám. *Hahn*: A hassérv megelőzése laparotomia után. 5. szám. *Bochard*: A csonttörések kezelése. *Sträter*: Idült patella-törés műtéti kezelése.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1903. január. *Gaupp*: A psychiatriai tudás határai. *Bonhoeffer*: Műtéttel megszüntetett sajátserű katatonias állapot. *Schultze*: Ophthalmoplegia interna traumatica. *Weygandt*: A pszichológiai kutatás iránya.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. 14. kötet, 1. füzet. *Kutner és Köhler*: Kystoskopiai demonstrációs készülék. *Mayer*: A spermatozystitis diagnosisa. *Bransford Lewis*: A prostata hypertrophia műtéti kezelése.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 13. kötet, 1. füzet. *Majano*: Az oculomotorius eredése és lefutása a középagyban. *Hermann*: Későn jelentkező hysteriás rohamok epilepsziásoknál. *Cramer*: A normális és kóros részegség forensikus jelentősége. *Bumke*: Scopolaminum hydrobromicum.

Archiv für Dermatologie und Syphilis, 63. kötet, 2. és 3. füzet. *Giovannini*: A keratosis pilaris szövettana. *Csillag*: Létezik-e reflexeczema? *Bernhardt*: Sarcoma idiopathicum multiplex en plaques pigmentosum et lymphangiectodes. *Merck*: A dermatitis pyaemica ismeretéhez. *Riecke*: Naevus vasculosus giganeus. *Neumann és Bendig*: Kiterjedt gangraena hydrargyrum soziodolicum intramuscularis befeccskendezése után. *Kreibich*: Hólyagképződés és cutis-epidermis összeköttetés. *Weland*: Miképen küzdhet le a syphilises terhesség feltételezett socialis veszély? *Köbner*: Koponya- és agysyphilis két esete kórboneczteni lelettel. *Nagelschmidt*: A lupus fénytherapiájának elméletéhez. *Fasal*: Capillarynyomás-mérések ép és kóros bőrön. *Hirschbruch*: A gonorrhoea gyógyításához. *Niessen*: Új és egyszerű módszer a gonorrhoea gyógyítására.

Virchow's Archiv, 171. kötet, 1. füzet. *Bouma*: Retrograd transport a visszeres rendszerben. *Hansen*: Haemangioendothelioma intravascularis uteri. *Funkenstein*: A pajzsmirigy osteochondrosarcomái. *Ravenna*: Adat a melanotikus bőrdaganatok histogenesiséhez. *Glinki*: A heveny lymphemia kórbonecztanához. *Saltykow*: A harántesikolt izmok lobja. *Mönckeberg*: A végtagüterek tiszta media-elmeseződése és viszonya az arteriosclerosishoz. *Davidsohn*: Csontdeformitások majomnál. *Heller*: Aorta-aneurysma és syphilis.

Zeitschrift für Heilkunde, 1903. 1. füzet. *Fischel*: Egy nagyon fiatal kóros emberi embryóról. *Quodaultaus*: Adat a gerinczvelő-elváltozások ismeretéhez végtagok elvesztése után. *Haberer*: Ritka collateralis keringés az aorta veleszületett obliteratiojánál. *Maresch*: Májlymphangioma esete. *Löwenbach*: A női húgycső gummosus megbetegedése.

Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen, 4. kötet, 1. füzet. *Neumann*: Abortív meningitis tuberculosa esete. *Lindemann*: A tengeri klíma befolyása a tüdőgümőkór. *Weintraud*: Az ambuláns kezelendő tüdővészesekekről való gondoskodás. *Pickert*: Tuberculin-diagnosizis gyógyintézetekben. *Janowsky és Wyssowicz*: A sajtos pneumonia tünetana és pathogenesise.

La semaine médicale, 1903. 9. szám. *Estor*: A lágyéksérv gyökeres műtévéseinek új módja.

Journal médical de Bruxelles, 1903. 9. szám. *Lorand*: Gyógyszeres adagban használt chlorkalium után keletkezett nephritis haemorrhagica acuta esete. *Verhoogen*: Pylorusrák hyperchlorhydriával. *Van Emden*: Az alkohol mint tápszer.

Archives générales de médecine, 1903. 6. szám. *Aubertin*: Adat a diphtheriás hűdése klinikájához. *Bichat*: Appendicitis sérvben. *Klippel*: A neuro-muscularis debilitas reactioja.

Bulletin général de thérapeutique, 145. kötet, 5. füzet. *Muselier*: A nephritikés orvoslása. *Renaut*: A táplálkozás és az elválasztások néhány jelensége.

Archives de neurologie, 1903. február. *Carrier*: Adat a contagium útján származó téboly ismeretéhez. *Soutzo*: Obsessiók és impulsiók.

Revue de médecine, 1903. 2. füzet. *Grasset*: A végtagok articulo-motorius idegei. *Bonnet*: Az aorta veleszületett stenosisa az isthmus regiojában. *Féré*: Az ophthalmiás migraent megelőző álmok. *Rueff*: Cardialis epilepsia. *Deguy*: Juxta-laryngealis tályogok.

Revue de chirurgie, 1903. 2. füzet. *Fredet és Chevassu*: A nyak mucoid tömlőjének két esete. *Acquariva és Roux de Brignoles*: A salpingitisek sebészi kezelése. *Orlow*: Pharyngotomia a pharynx buccalis részlete daganatainak eltávolítására. *Gallois és Pinatelle*: Longitudinalis arterio-venosus anastomosis arteritis obliterans gyógyítására.

The lancet, 1903. I. 10. szám. *A. Keith*: Az enteroptosis természet és boneczana. *H. Radcliffe Crocker*: A bőrlombok jellegét módosító állapotok. *T. Clifford Allbutt*: A vérnyomás növekedése az öregebb korban. *R. M. Le Hunte Cooper*: A sanitatio befolyása a typhusra és dysenteriaira. *L. Dimock Saunders*: Tetanus érdekes esete. *H. W. Page*: Hólyagkö szokatlan alakja. *G. Spezia*: A glycogen-reactio mikroszkoppal megfigyelése. *Frank R. Seager*: Lépechinococcus esete.

British medical journal, 1903. február 14. *H. T. Butlin*: Nyelv-rák miatt végzett sikertelen műtétem és a nyelv-rák korai felismerése. *C. Templeman*: Rákhalmozás. *H. R. Vachell és W. M. Stevens*: Klinikai és kórtani érdekel bíró májrák két esete. *May Thorne*: Az ovarium elsődleges rákjának esete. *H. D. Rolleston és R. S. Trevor*: Empyema tüneteit okozó elsődleges tüdősarcoma esete. *W. B. Bell*: Az emlő scirrhusa férfiban. *A. Mantle*: Szokatlan nagyságú májangioma esete. *S. Paget*: Paraffin-befeccskendezéssel kezelt bélprolapsus esete. *G. C. Thomas*: Chinininjectioval kezelt méhelőesés. *S. Davies*: Enyhe orrdiphtheria mint a fertőzés terjesztője. *J. W. Duncan*: Epefesteny ki-

mutatása. *J. W. Malin*: Az izületi csúsz némely associatioja. *H. H. Phillips*: Kisagyi vérzés gyermekben. *J. A. L. Calder*: Framboesia szárnyasokban. *J. Scott*: Cystotomia suprapubica. *A. Ledingham* és *De Mc Corrie*: Nephrotyphus esete.

Meghívó

a Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat 1903. márczius 27-dikén délután 5 órakor a budapesti kir. orvosegyesület helyiségében tartandó évi közgyűlésébe.

Tárgyak:

1. Titkári jelentések a társulat működéséről.
2. A múlt évi közgyűlés által a pénztár megvizsgálására kiküldött bizottság jelentése.
3. A társulat igazgató tanácsának, tisztikarának és a tanácsbeli tagok egy harmadának megválasztása az alapszabályok 17. és 18. §-ai értelmében.
4. Háromtagú bizottságnak megválasztása a pénzkézelés megvizsgálására az alapszabályok 36. §-a értelmében.

Midőn az igazgató tanács meghagyásából a társulat t. tagjait ezen közgyűlésre meghívni szerencsém van, egyszersmind megjegyzem, hogy azon tagok, kik a gyűlésen személyesen meg nem jelenhetnek, szavazataikat a titkársághoz (V., Sas-uteza 16. sz.) írásban is beküldhetik.

A jelenleg kilépő igazgató tanácsai tagok a következők: budapestiek: Hegedűs János, Kéty Károly, Müller Kálmán, Réczey Imre; vidékiek: Imre József, Kanka Károly, Varga Zsigmond, Kovács Sebestyén Endre.

A kilépő igazgatósági tagok újra megválaszthatók.

Budapest, 1903. márczius hó 10-dikén.

Koller Gyula dr., első titkár.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1903. márczius 13.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal ki-mutatása szerint az 1903-dik év 8. hetében (1903. február 22-dikától február 28-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,484, összesen 790,529. Elveszületett 445 gyermek, elhalt 313 egyén, a szüle-tések tehát 614-vel multák felül a halálozásokat. — Születések arány-száma: 1000 lakosra: 29.3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 20.6, az egy éven felüli lakosságnál: 16.9, az öt éven felüli lakosság-nál: 15.2. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 8, gümös agy-kérlob 3, agyguta 1, ránggöres 5, terjedő hűdés 5, hátgerinczsorvadás 5, szív-baj 22, hörglob 12, tüdőlob 37, hurutos tüdőlob 8, mellhártyalob 2, tüdővész 58, tüdőlegdag 4, bélhurut 13, májbajok 2, hashártyalob 3, kizárt sörv 1, Brightkór 7, veleszületett gyengeség 12, gyermekaszály 0, aggaszály 18, rák 9, méhrák 7, egyéb alképlet 3, gümös bajok 3, kanyaró 5, vörheny 8, álh. gégelob 0, ronesoló toroklob 7, hökhurut 0, gyermekági láz 0, hagymáz 0, influenza 1, himlő 0, veleszületett buja-kór 3, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 1, lépfene 0, ebdüh 0, genyvér 1, gyilkosság 0, öngyilkosság 3, baleset 4, erőszakos, kétes 0. **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a községi közhórházakban. A múlt hét végén volt 3345 beteg, szaporodás 916, csökkenés 876, maradt e hét végén 3301 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betege-dések voltak 1903. évi február 22-dikától február 28-dikéig terjedő 6. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a járjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): kanyaró 85 (68), vörheny 47 (41), álh. gége- és ronesoló toroklob 47 (47), hökhurut 2 (5), gyermek-ági láz 2 (0), hasi hagymáz 0 (0), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárány-himlő 25 (14), vérhas 0 (0), orbáncz 18 (20), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültömirigylob 11 (7), trachoma 9 (5), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

○ **Kitüntetés.** *Erreth Lajos* dr.-nak, a pécsi közkórház igazgató-jának 6 Felsége a közegészségügy terén szerzett érdemei elismerésül a királyi tanácsosi ezimtet adományozta.

— **Kinevezés.** *Roth Leó* dr.-t, az Albrecht württembergi herczeg 73. sz. gyalogezredbeli egyéves orvosönkéntest, czimzetes tizedest 6 Felsége ideiglenes corvett-orvossá kinevezte.

— A Budapesti Orvosok Szövetsége *Babarczy-Schwartz* *Ottó* elnök és *Eisler Hugó* aláírásával körlevelet küldött szét, melyben fel-kéri az orvosokat a következő nyilatkozat aláírására, és annak 8 napon belüli beküldésére. *Nyilatkozat.* Alulirott szavammal fogadom, hogy a Budapesti Orvosok Szövetsége határozata értelmében (a jogosított beteg-segélyző pénztárak kivételével) a budapesti ú. n. jótékonsági, beteg-segítő és temetkezési egyletek és szövetek egyikénél sem vállalom ezen orvosi alkalmazást mindaddig, míg a Budapesti Orvosok Szövetsége ezen egyletek és az orvosok közötti viszonyt nem rendezi, vagy míg a Szövetség máskép nem határoz.

Ha valamely egyesület ezen mozgalom következtében orvosát

elboesátaná, ezen így megüresedett orvosi állást el nem fogadom. (Már meglévő egyleti orvosi állásomat azonban továbbra is megtartom mind-addig, míg a Szövetség tervezte rendezés életbe nem lép.) A körlevél egyúttal közli a Szövetség 1902. december 10-dikén tartott gyűlésén elfogadott „egyleti orvosok pragmatikája” tervezetét, melyet legközelebb közölni fogunk.

— **Az országos balneológiai egyesület** igazgató tanácsa utolsó ülésében elhatározta, hogy idei közgyűlését április hó 19-dikén, a bal-neológiai congressust pedig, mely immár a XIII., április hó 19-dikén és 20-dikán fogja megtartani. A congressusra az előadások oly nagy szám-ban lettek bejelentve, hogy néhány a napirendről kiszorult. A congres-sus programja e hó végén fog közzétettni.

— **A boroszlói egyetem** orvosi karán július 6-dikától július 22-dikéig továbbképző cursusokat fognak tartani a facultás legkiválóbb professorai. Az előadók között vannak pl. Hasse, Ponfick, Mikulicz-Radecki, Flügge, Filehne, Küstner, stb. A cursus úgy elméleti mint gyakorlati lesz. Közelebbi felvilágosításokért A. Neisserhez kell fordulni (Breslau, XVI., Fürstenstrasse 112.).

— **Külföldi személyi hírek.** *Orth*, a kórbonecztan tanára a berlini egyetemen, február 28-dikán érte meg tanárságának 25 éves jubileumát, mely alkalommal Aschoff tanár szerkesztette ünnepi dolgozatokat nyuj-tottak át neki. — *Lang* bécsi és *Pick* prágai tanárt a „Berliner der-matologische Gesellschaft” tiszteleti tagjai sorába választotta. — *H. Thierfelder*-t Prágába az orvosi vegytan rendes tanárává hívták meg. — *Egger* tanárt Baselben a poliklinika igazgatójává választották. — *Hacker* innsbrucki tanárt Grácza nevezeték ki a sebészet tanárává. — *L. Kerschner*-t Innsbruckba, *R. Rohon*-t Prágába és *L. Szymonowicz*-ot Lembergbe a szövet- és fejlődéstan nyilvános rendes tanárává nevezték ki. — *K. Kreibich*-et Grácza és *L. Merk*-et Innsbruckba a bőrkórtan és syphilis nyilvános rendkívüli tanárává nevezték ki.

— **A budapesti általános poliklinikán** 1903. február hóban 3251 új betegnek 10,740 rendelés nyújtott.

— **Taufer tanár** szülészeti poliklinikájának segélyét február hóban 97 esetben 49 műtéttel vették igénybe.

— **Az I. sz. női klinika** szülészeti poliklinikája f. évi február havában 65 esetben nyújtott segélyt 35 műtéttel.

— **Megjelent.** *Presch*: Die physikalisch-diätet. Therapie. V. Lie-ferung. Würzburg. A. Stuber. 1903. — *K. M. Sugár*: Über Masernotitis und deren prophylactische Behandlung. Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1903. — *Hints*: Offene Gypsverbände etc. Pester med. chirurg. Presse. 1903. — *Ugyanaz*: Ueber d. isolirte Ruptur d. Hilfsbänder d. Gelenke. Ugyanott. — *Deutelmöser*: Franzensbad, ein Herzheilbad. Fran-zensbad, 1903. — Kimutatás a rozsnjóí Kósa-Schopper-kórház műkö-déséről 1902-ben. Rozsnjó, 1903.

— **Elhunytak.** *Duborszky Károly* dr. 48-as honvédfőorvos, nyug. cs. és kir. törzssorvos f. hó 6-dikán 80 éves korában Székesfehérvárott. — *Czirák József* dr. somberekí körorvos.

— **Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.** Ujonnan épült magán-gyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitiűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Természetes forró, meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások, zubany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógy-víz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatósága** Budán.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Elektromagneses intézet dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában Budapest, Városligeti fasor 13. Elektromagneses erő alkalmazási tere: **álmatlanság, izomcsúsz, neuralgiák, ischiás, szívneurosisok, ideges gyomor-, bélbántalmak, migraine, stb.** — Orvosi vezetés. — Kezelés egész napon át. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (IX. rendes ülés 1903. évi március 7-dikén.) 179. lap. — Közkórházi orvostársulat. (II. bemutató ülés 1903. évi február 4-dikén.) 179. l. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (IX. szakülése 1902. évi november 28-dikén.) 180. l. — Személyenként külföldi tudományos társulatok üléseiből. 181. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(IX. rendes ülés 1903. március 7-dikén.)

Elnök: **Taufer Vilmos.** Jegyző: **Benedict Henrik.**

Elnök az ülést megnyitja. A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri **Vermes Lajos**, **Korányi Sándor**, **Hirschler Ágoston** tagtársakat. Jelenti továbbá, hogy **Jacobi** new-yorki tanár „Therapeutics of infancy and childhood” című művét és két különlenyomatot küldött az egyesület könyvtára részére. Továbbá „Festschrift zur 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte”, Karlsruhe, 1902; „Das Sanitätswesen in Bosnien und Herzegovina 1878–1901”, végül **Halász Henrik** „Az orrdugulás kórokai és következményes bántalmái” című munkája érkeztek be az egyesület könyvtára számára. Köszönettel fogadták.

A felső szemhéjak colobomája kapcsolatban veleszületett pterygoid-képződményekkel és szaruhártyafekélyvel.

Vermes Lajos: 12 napos gyermek, szülők nem rokonok, egészségesek. Egy másik gyermeküket *ulcus corneae*-val kezeli. Feltűnő mindkét szemrész szabálytalan volta, a mi azáltal van feltételezve, hogy mindkét felső szemhéj belső harmadának megfelelőleg kis befűződést mutat, minek folytán az intramarginalis szél egész vastagságában e helyen megtörik. Innen felfelé a szemhéjra egy fél centimeter hosszú hegyvonallal halad, a mi által a felső szemhéjnak normális redőzöttsége e helyütt megszűnik. A pillaszőrök e colobomás helyen is rendesen vannak eloszolva és a külső intermarginalis szélén haladnak. A szemhéj-coloboma jobboldalt valamivel kifejezettebb. Szemrés alvánál záródik, talán egy kis háromszög alakú terület kivételével. A szemrés széjjelnyitásánál feltűnik, hogy míg az alsó kötőhártyaszak normalis, addig a felső szemhéj alatt a kötőhártyaszak csak a külső kétharmadon van meg, a belső harmadban hiányzik és helyét redős conjunctivával borított tömeg tölti ki.

A szemhéjak colobomája önmagában is a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. A mi az esetet unicummá teszi, az a szemtekére vonatkozik. T. i. mindkét bulbus külső feléről a conjunctiva reáborul a corneára, úgy hogy annak körülbelül kétharmad része fedve van és olyan mint egy staphyloma; t. i. a conjunctiván áttetszik az iris és ezen háttér szürkés kékes színeződést okoz. A cornea egyharmada átlátszó és itt a csarnok mélysége és a szivárványhártya szövete is jól látszik, sőt a bal szemben erős oldalagos világításnál a pupilla széle is constatalható. Míg a jobb szemben a cornea teljesen átlátszó, addig a bal corneát maculák borítják. Ezen pterygoidképződményt az újszülött születése utáni napon jóval duzzadtabbnak találta, mint a milyen ma, úgy hogy azon véleményen volt, hogy a conjunctivával együtt az izmok tapadásra is abnormis, de ez úgy látszik csak a szülési procedurával összefüggő oedemás jelenség volt. A vékony, mérsékelten ereződött conjunctiva redőbe szedhető és alapja felett elmozdítható, jelölül annak, hogy a corneával benső összefüggésben nincs.

A harmadik rendkívüli jelenség a bal szemben levő szaruhártyafekély nem messze a pterygoid szélétől. 12 nap előtt ez is kifejezettebb volt, de még ma is jól látható.

Úgy e fekély, mint a colobomából kiinduló hegyszövet, valamint a corneára boruló pterygoid világosan rámutatnak a bajnak eredetére, t. i. ezeket csak a szem intrauterin gyulladásából lehet magyarázni, a mit ismét az amnion rendeltetése válthatott ki. Az amnion szűk volta, összenövése a szemmel, esetleg amnion-kötegek által való nyomtatás ilyen veleszületett jelenségeket a szemben előidézhetnek. A prognózis elég kedvező. Mydriaticumokkal a pupillát távol lehet tartani, a mi által a pupilla az átlátszó cornearészlet mögé jut; lehet gondolni továbbá iridectomia optica-ra, továbbá a pterygoid leválasztására, bár ez némi veszélyeket rejt magában a nagy corneafeület lecsupaszítása folytán; azonkívül nem lehet előre tudni, hogy a cornea parenchymája mennyiben vett részt a gyulladásos folyamatban és elég átlátszó-e ahhoz, hogy a szemet ily megpróbáltatásoknak kitenni célszerű volna.

Goldzieher Vilmos: 1894-ben bemutatott az orvosegyesületben kétoldali coloboma palpebrae esetet. Egyik oldalon teljes volt a coloboma, melynek végén a bulbus átnézett, úgy hogy a szemhéj két lebenyéből állott. A bulbus ép volt. A másik oldalon szintén volt coloboma symmetrián, de ki volt töltve egy olyan képlettel, melyet a t. bemutató pterygoidnak nevezett. Szóla a colobomát plasticus operálta; a pterygoid mögött — melyet dermoidnak tartott — orbitalis zsírszövetet talált, mely a kötőhártyát előretolta. Az eredetet ammotikusnak kellett tartani, e mellett szóltak a gyermek fülén levő bibiresek is. Az esetet közölte is.

A szív működés arythmiájának diagnostikai jelentőségéről.

Korányi Sándor: Az arythmiák leggyakoribb és legfontosabb alakjait korai systolek okozzák. Ezek helyes értelmezésének alapját **Knoll**, **Engelmann**, **Hering**, **Wenkebach** és **Lommel** vetették meg. Leg-

egyszerűbb alakjuk a bigeminus vagy az ettől lényegesen nem különböző intermissio. E pulsusok korai pulsusát a szív physiologiai ingerétől független, ú. n. extrajnger hozza létre. Ezen extrajnger forrása a szívnek feladatához mért gyengeségéből származó túltelődése, a mint azt **Knoll** kimutatta. Hogy **Knoll** kísérleteinek eredménye emberre is átvihető, azt előadó azzal bizonyítja, hogy a sphymogrammokból ki-vehető módon az extrasystole az extrajngert megszünteti, még pedig erejével arányos időre. A systole ereje és az inger gyengülése közti összefüggésből következik, hogy az inger okát a szív túlteltségében kell keresni. A szív túltelődése azt azonban csak akkor ingerelheti összehúzóásra, ha pozitív nyomás mellett áll fenn. Pozitív nyomás alatt a szív csak akkor telhetik meg, ha valami vis a tergo tölti meg. E vis a tergo csak a szívből származhatik. Ebből következik, hogy egyszerű szívgyengeség extrasystolákat nem okoz és extrasystolák akkor keletkeznek, ha a szívgyengeség a négy üreg izomzatában egyenetlenül oszlik el. A gyengébb rész kevesebb vért továbbít, mint az erősebbek, azért ezek amaz pozitív nyomás alatt töltik meg. Extrasystole tehát annak a jele, hogy a szív valamelyik része feladatához mértén gyengébb a többinél. Hogy melyik ez a túlnyomóan túltelített rész, azt az extrasystole jellemző hangjának localizálásából lehet felismerni. E hanggal **Hochhaus** és **Quincke** foglalkoztak. Jellemző ennek rendkívüli rövidsége, a vele járó kis pulsussal feltűnő aránytalanságban álló ereje és dobbanó jellege. E hang arteriosclerosisánál, az aortaszűkület bántalmainál a bal kamara, emphysemánál a jobb kamara, bicuspidalis insufficienciánál pedig hol egyik, hol másik felett hallható, utóbbinál azonban hiányozhatik is. Ilyenkor az extrasystole a pitvarokból indul ki.

Az extrasystolák megfigyelése alapján tehát a szívnek feladatához mért nem egyenletes gyengeségét diagnostizálhatjuk és megjelölhetjük a legjobban túltelített részt.

További felvilágosítások a szívnek két systole közt eltelt nyugalma alatti energiaképzése felől nyerhetők. Ha ez az energiaképzés normális menetű, akkor a korai systole elég erős arra, hogy utána hosszú pausa következzen. Ekkor hatályos bigeminusok származnak, a melyek tartama **Knoll** törvénye szerint két szabályos pulsus tartamával egyenlő. Ha az energiaképzés lassú, akkor a korai systole gyengesége folytán a bigeminus megrövidül vagy azt tri-, quadrigeminusok és hosszabb extrasystolesorozatok helyettesítik. Ha az energiaképzés normálisan halad előre, a bigeminus rendkívül hosszú pauszja után feltűnő nagy pulsus következik. Normális tartamú bigeminus, a melyet ilyen nagy pulsus követ, jó prognosist nyújt. Ha az utána következő pulsus nem nagy és még inkább, ha a bigeminus megrövidül, úgy ez extrasystolesorozatnak ad helyet; ekkor a szívizom energiaképzésének súlyos zavara áll fenn.

Közkórházi orvostársulat.

(II. bemutató ülés 1903. február 4-dikén.)

Elnök: **Hirschler Ágoston.** Jegyző: **Juba Adolf.**

Elnök az ülést megnyitja; a mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri **Fejér** és **Fischer** tagtársakat.

Mindkét oldali recidiváló vérzés az üvegtestbe.

Fejér Gyula: Üvegtesti vérzést többször volt alkama a t. orvostársulatnak bemutatni, de a vérzés direct oka mindig sérülés volt, bár egyik esetben a szemüreget egészen kitöltő vérzés azért jött létre, mert a szemteke belső hártái, azok edényei nagy mértékben degeneráltak, törékenyek voltak.

A vérzésnek mindig helyi oka volt, nagy ritkán fordulnak elő olyan esetek, midőn a vérzés létrejöttének alapjául a szervezet valamely megbetegedése szolgál. Az alkati betegségek közül a tuberculos, az anaemia pernicioza, lues, malaria idézhetnek elő a véredényekben olyan elváltozásokat, hogy azok törékenyek lesznek; a vérkeringés zavarai szintén szolgáltathatnak alkalmat recidiváló üvegtesti vérzésekre. Ilyen esetekben mutatták ki **Foidenwald** és **Fehr** a reczeshártya venáinak megbetegedését, az előbbi tükrölrel perivascularitis képeben, az utóbbi górcsővilág konstata, hogy a reczeshártya edényei, különösen a venák meg vannak vastagodva, hyalin elfajulás által részint szűkültek, részint teljesen zártak.

Scheffels és **Prosser** a lues hereditariát tartják kórokozónak, különösen utóbbi észlelő eseteiben keratitis parenchymatosa diff. volt jelen, a mely körülmény feltevést csak igazolni látszik.

A recidiváló reczeshártya és üvegtesti vérzés fiatal egyéneknek szokott fellépni, 15–20 éves egyéneknek, nagy ritkán később.

Az egyének szervezetében kóros elváltozásokat sokszor kimutatni nem lehet, néha erőteljes egyének. A vérzés először a reczeshártyában, majd az üvegtestben lép fel, lassanként felszívódik, roham-szerűen ismétlődik, de rossz prognosissal bír, mert a reczeshártya és az üvegtest leválását, zsugorodását idézheti elő.

A betegség kórtanának és kórképének jellemzése után bemutatott

egy 33 éves erőteljes hajóst, kit még mult év október 7-dikén vett fel a szent Margit-kórházba, azon panaszzal, hogy látása rohamosan csökkent és pár hét óta semmit sem lát. Elbeszéli, hogy 8 évvel ezelőtt garatbaja volt, mely 40 adag higanykenőcs bedörzsölése után teljesen gyógyult. Initialis sclerosisa állítólag nem volt. A betegnek általános vizsgálatát *Obál Ferencz* dr. kórházi orvos volt szíves megejteni, ki sem a garatban, sem a bőrön, sem a penisen előrement lues nyomait nem találta, bár mindkét légycsőhajlatban mogorónyi, kis diónyi, a nyakon kisebb mirigyek találhatók, de cubitalis mirigyei nincsenek. Pár hét előtt a nyak bal oldalán egy mirigye tyúktőjásnyi nagyságra megduzzadt, felette a bőr fájdalmas, lobos lett, mely azonban borogatásra visszaféldött. A légzőszervek normálisak, a szívhangok épek, kéz pulsusa kissé reszkető, de radialisa atheromatosis nem mutat. A hasban normális viszonyok találhatók, a vizelet idegen alkatrészeket nem tartalmaz, a vér göröcsövi vizsgálata eltérést nem mutat, sem anaemia, sem leukaemia nem konstatható.

A mi a szemek állapotát illeti, felvételkor mindkét szem üvegteste annyira tele volt úszkáló sűrű felhőszerű homályokkal, hogy a szemből veres fényt egyáltalában kapni nem lehetett. Látása közmozgásra szorítkozott, de fényérzése mindkét oldalon jó volt. Állapota nem javult, de a lelet annyiban változott, hogy 4 hét előtt a bal szemben kisebb-nagyobb vértömeg lépett fel, mely már oldalagos, sőt nappali világításnál is látható. Különösen egy lencsényi vértömeg tűnik azonnal szembe. A mi a gyógykezelést illeti, sajnos, sok mindent megpróbált, de eredmény nélkül. Eleinte azt gondolta, hogy chorioiditis diffusa következtében fellépett hyalitis diff. val van dolga, tehát megkísérelte a subconj. 20% konyhasóoldatot, melyet a betegség ellen nagyon dicsertek, sőt maga is jó eredményt ért el egy ízben. Mellel megjegyeztem, hogy acinál az injectiókat teljesen fájdalommentesen lehet eszközölni. Az injectiókból mindegyik szembe 9-et kapott, a mellett előbb jódalkit vett, később 90 gm. Hg.-t bekenet, de eredmény nem mutatkozott. Majd visszatért a régi eljárásához és pilocarpint injiciált, de injectio után azzal is felhagyott, mert sem salivatio, sem izzadás nem mutatkozott. Miután meggyőződött róla, hogy a homályokat vérzés okozza, előlött minden helyi kezeléstől és a beteg szervezetének javítására fektette a súlyt és jelenleg Fellow-szörpöt adagol.

A mi a betegség aetiologiáját illeti, semmi kétség nem fér ahhoz, hogy a kórokozó anyag a mirigyekben keresendő, hiszen konstathálták, hogy a légycső és nyaki mirigyei meg vannak nagyobodva és látták, hogy kórházi tartózkodása alatt is egyik nyaki mirigye meglabodott és borogatra visszaféldött. Már most a mirigyek ezen hyperplasiáját az alkati betegségek közül melyik: scrophulosis, vagy lues okozza-e, erre biztosan válaszolni nem tud. Csak azt gondolja, hogy utóbbi, hiszen a beteg maga is bevallotta, hogy garatbaja Hg.-kúrára gyógyult. Ezen feltevése ellen szól a nyaki mirigy lobosodása és a Hg.-kúra sikertelensége. A vérzést a lues-elváltozásokból magyarázza, mely körülménnyel számtalan megbetegedést hoznak kapcsolatba és a mi az agyban lehetséges, az megtörténhetik az agyállomány rokonszövetében, a recehártában is, azaz az edényfalak degeneratioja, elfajulása. Az ilyen esetek prognosisa rossz, mert az alkati betegség kiküszöbölése majdnem lehetetlen, különben is a folyton ismétlődő vérzés a recehártya leválását, zsugorodását idézi elő.

A jelen eset nem tartozik szorosan a fiatakorai recidiváló recehártya és üvegtesti vérzések kör csoportjába, mert először is az egyén kissé öregebb, másodszor a tünetek fellépése nem tipikus, de azt hiszi, hogy azért nem vét a diagnostika ellen, ha e csoportba sorozza, hisz mindkét oldalon egyszerre lépett fel, helyi oka nincs és alkati betegség a legnagyobb valószínűséggel kimutatható.

Laryngitis crouposa sajátos esete.

Schöller Károly: Az eset, melyet tisztelt főnöke, Szontagh Félix főorvos meghagyásából van szerencsém a tagtársaknak bemutatni, a laryngitis crouposának igen súlyos esetei közé tartozik, melyet a gyógykezelés által fellépett sok és kellemetlen complicatio daczára sikerült megtartani.

Az esetet nem mutatja be azért, mintha lényegében a minden nap észlelhető laryngitis crouposától eltérne, hanem, mert van egy sajátossága, melyet nem mindenkor van alkalmunk észlelni.

A gyermek, melyet itt méltóztatnak látni, 4 éves fiúcska, a kit szülei január 1-jén hoztak a székesfővárosi új szent János-kórház gyermekosztályára. A szülők előadják, hogy a gyermek 2 nap óta beteg; lázas, torka fáj. Egy nappal behozatala előtt nehézlégzés lépett fel, mely azóta fokozódik. A felvételnél a gyermek hőmérséklete 38.4, az ajkák cyanotikusak, a légzés szapora, igen erősen ste. otikus, néha kihagyó, erős flottáló zörejelektől kísért, az epigastriumban tetemes behúzóadás. A bőr igen halvány, hideg veritéktől fedett. Arcz kifejezés aggódó. Nyelv erősen bevont, tonsillák duzzadtak, belöveltek, rajtuk néhány szívetes vaskos lepedék van.

Nyaki és állalatti mirigyek csak kis fokban duzzadtak.

Belső szervek épek, vizelet idegen alkatrészeket nem tartalmaz.

A therapia abban állott, hogy a gyermeket mindjárt behozatala után 4. sz. ebonit-tubussal intubálták. Az intubatoria teljes apnoe áll be, óriási cyanosistól kísérve, mire a tubust eltávolítva, hatalmas köhögés közben T-alakú hártát köhög ki. A hártya expectoratioja után a légzés kis időre szabad volt, csakhamar azonban intubatiót kellett eszközölni.

A gyermek 3000 c. Preisz-féle serumot kapott, gözt inhalált és erős köptetőt szedett.

Ugyanaznap éjjelkor a tubus daczára erős flottálás és megnehe-

zített légzés, mely a fogatosított extubálás után megszűnik. Egy óra múlva fuladási roham miatt intubatio, mire ismét teljes apnoe áll be, mire saturálván a beteget, egy 8 cm. hosszú, 3 cm. széles vaskos hártya ürül. Intubatio délelőtt.

Január 4. A betegség 4-dik napján reggel 8 órakor a tubus mellett ismét flottálás és az eszközölt extubálás után 2 vaskos csöves hártya ürül. Intubatio 1 óra múlva.

Január 5. A betegség 5-dik napján a beteg a tubust kiköbögi és ezzel együtt egy 8 cm. hosszú, keskeny vaskos hártya ürül.

Január 6. A betegség 6-dik napján a beteg a tubust kiköbögi és ezzel együtt egy vaskos lapos hártya és egy hosszúkas keskeny hártya-törmelék ürül. A beteg ezúttal sem maradhatott tubus nélkül, mert néhány óra múlva intubálni kellett.

Szontagh Félix főorvos ajánlataira megkísérelte a chloralhydratot bensőleg, hogy a beteg megnyugodjék és a tubus esetleg megvonható legyen. Azonban a teljes megvonás nem sikerült. A beteg még öt napig volt intubálva rövidebb-hosszabb ideig.

Január 11. A betegség 11-dik napján reggel 1/29-kor extubálta a beteget. A légzés teljesen szabad, a beteg egész nap ül ágyában, játszik; estefelé kissé hangos a légzés, beavatkozásra azonban szükség nincs.

Január 12. A betegség 12-dik napján reggeli 3/41 órakor, miután tehát a beteg már 16 1/4 óráig volt tubus nélkül, hirtelen flottálás és stenotikus légzés áll be, a mi a rögtön intubatiót tette szükségessé.

Ezen alkalommal kissé véres hárták ürültek. A beteget reggel extubálván, többé tubusra szükség nem volt.

Az intubatio össztartama 196 3/4 óra. Intubatio eszközöltetett 10 napon át.

Január 18. A beszéd suttogó. Január 25. A hang gyenge. Január 28. A beteg már hangosan énekel, játszik, jól táplálkozik.

A reconvalescentia alatt csak egy ízben volt a beteg lázas, ez azonban hasmenéssel áll összefüggésben.

A reconvalescentia alatt a betegnél több ízben köhögés közben néhány csepp tiszta vér ürült, valószínűleg a granuláló decubitus helyéről. Súlyos a decubitus nem lehetett, a mit a detubatio utáni szabad állandó légzés és a hang gyors visszatérése bizonyítanak.

Ha megtekintjük ezen hártákat, látjuk, hogy ezek nagy terjedelműek fogva okvetetlen a gégeből és légcsőből származnak és ép ebben rejlik az eset sajátossága, mert a hárták 12 napi betegség alatt 4-szeri reproductionnak eredményei.

Megemlítendő az is, hogy ezen esetben, bár egyike a legsúlyosabb croupoknak, az intubatióval egyedül boldogultak, a tracheotomiára szükség nem volt.

Végül azon kérdés merül fel, hogy serumhatás mellett hogyan reproducálódhattak ezek a hárták? S éppen ezért ezen eset volna egyike azon eseteknek, mely azok nézetét támogatja, kik a serum hatásában nem bíznak.

Véleményünk szerint ezen eset nem szól a serum hatása ellen, a hatás olyanképpen magyarázható, hogy a serum támogatja a szervezetet abban, hogy a betegséget bár nem egyszerre, de successive leküzdje.

(Folytatása következik.)

Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(XI. szakkülés 1902. évi november hó 28-dikán.)

Elnök: Lőte József. Jegyző: Konrádi Dániel.

1. Hegyi Mózes ideg- és elmegyógyászati I. tanársegéd a lelki fertőzéstől értekezvén, előadja, hogy az elmebetegségek kóroka között a lelki fertőzés (infectio psychica) is szerepel, a melynek hatása akkor nyilvánul, ha lelkiileg degenerált szervezetű egyének elmebetegség társaságában tartózkodnak, vagy azok befolyása alatt állanak. Az így keletkezett betegségek hol állandósulnak, hol pedig az előidéző ok megszűntével ismét elmaradnak. A lelki fertőzés okozta elmebajoknak többféle alakja ismeretes. Leggyakrabban testvérek, házastársak, szülő és gyermeke között fordulnak azok elő. Természetük szerint van suggerált, indukált és imitáló alak. Az elsődleges beteget activnak s a másodlagos passivnak is nevezik. Az elsődlegesnek prognosisa rendesen rossz, a másodlagosé, ha a befolyásoltatás alól idejekorán felszabadul, gyakran jó.

Több észlelő közt Jakovenko írja le a legtöbb esetet. Betegei közt volt mániás és melancholiás is, de túlnyomó volt a tébolyodott (paranoiás), 113 közül 70.

Jelen esetben a psychicus infectionnak háromféle alakját állítja a szakkülés elé, úgy mint:

egy suggerált (folie suggestionée, folie a deux),
egy indukált (f. communiquée, imposée, simultanée),
egy imitáló (f. imitée) alakját.

1. Suggestált elmezavar, iker-psychosis.

F. A. 53 éves, román. kath. varrónő, hosszú idő óta üldöztetési és vallásos tébolyodottságban szenved. F. V., 32 éves, törvénytelen leánya vele állandóan közös háztartásban élt s mindketten nagy nyomorral küzdve, varrásból tartották fenn magukat.

Az anyának téveszméit és érzéki csalódásait átvette a leánya is. Mindkettő ugyanazt érzi s ebből kifolyólag gondolja s teszi is. Egy-

másnak nyilatkozatait mindig helyeslik s azoknak valódiságát erősítik. Túlságosan ragaszkodnak egymáshoz, ha az egyik megvalahová, a másik nyomban követi.

Elsődleges vagy activ szereplő az anya s másodlagos vagy passiv a leány. Prognosis tekintetében ezen esetben a másodlagos bántalom is kedvezőtlen, mert a téveszmék hosszas fennállásuk folytán fixálódtak.

2. Simultán psychosis.

V. G. 39 éves és V. G.-né 44 éves kolozsi csizmadiapár éveken keresztül egyetértésben élt egymással.

1902. július havában a kolozsvári ideg- és elmegyógyászati klinikára szállították, a hol kitiűnt, hogy V. G. paralysis progressiva dementiaiában s V. G.-né hysteriás paranoiában szenved.

Ez esetben a férj volna az elsődleges vagy activ és a felesége a másodlagos vagy passiv szereplő. A régebbi eset a paralysis, ennek kibontakozása vált a paranoiának kiváló okává. A férfiú nagyító téveszméi által indítva utazni, vásárolni kezdett s szokatlan tevékenységet fejtett ki. Az asszony mindenütt követte férjét s eszméit a magáévá tette, de később a betegség kitörése után önálló kóros érzések és képzetek uralma alá jutott. A lelki rapport a kettő között azonban főleg az egymáshoz való fűződöttségükben található meg s azért a kettős megbetegedés inkább a véletlen találkozásnak, mintsem az inductionnak a műve.

Valóságos indukált psychosist jelenleg nem mutathat be.

3. Utánzott psychosis.

Gr. M. K., 21 éves, izr. kereskedősegédnek családjában elmebetegség fordult elő. Ő maga 16 éves koráig gyakran ismétlődő eskóros rohamokban szenvedett, 20 éves korában dementia praecox fejlődött ki nála s jelenleg is azon bajával van ápolás alatt. Egy hónap óta H. B. beteg társának stereotyp fejrázásait utánozza. Betegsége egyébként változatlan, csak egy eddig fenn nem állott tünettel gyarapodott. Az eféle imitációk az életben főleg gyermekeknél, épeszüeknél is, gyakran fordulnak elő, de többnyire muló természetűek. Ebben az esetben is a betegek elkülönítése után valószínűleg Gr. M. K.-nál el fog maradni.

A lelki fertőzésnek mind a három alakja lényegében suggestiora vezethető vissza. Csak hogy az első esetben a suggestio az érzések körére szorítkozik és a hasonló érzések révén azonos téves eszmék támadnak, míg a bevezetett formánál a suggestio kész associatiókat állít az öntudatba, tehát a rapport jelenségét közvetíti. Az imitálásban nyilvánuló fertőzésnél a suggestio a reactionban összpontosul, azaz kész automatás reflexeket vált ki.

2. Fabinyi Rudolf bemutat egy 17 éves nőbeteget, kinél időbeli sorrendben a következő tünetek léptek fel: a jobb fül megsüketülése (ez már körülbelül egy fél éve történt), azután fejfájások, szédülés, a bal szemén strabismus convergens, a látóképeség romlása, annak elveszése a bal szemén, azután a jobb szem látótere temporalis részének kiesése, végre a jobb nasalis látóterfelnék is elhomályosodása. A szemészeti kórodán már hónapokkal ezelőtt pangásos papillát találtak nála, mihez utólag atrophia is társult. Az elme- és idegyógyászati kórodára október 11-dikén vétetett fel.

A kórodán való ápolatása alatt a kórkép eddigi fejlődése a következő: október 29-dikén látásában hirtelen javulás állott be, a mennyiben jobb szemének nasalis látóterfelnék az egyes alakokat, színeket stb. ki tudja venni s ujjakat képes olvasni. Ezt az időközben nála alkalmazott higanybedörzsölő kúra eredményének lehetett volna tartani, de ennek ellene szól a további súlyosbodás, épen úgy, mint az anamnesis és a vizsgálati lelet, a mely szerint még virgo intacta és luesnek nyomai rajta nem észlelhetők.

November 9-dikén a jobb arczélfél érzéstennek mondja, a mi a tapintásra aesthesiometerrel, nyomásérzésre baroesthesiometerrel, fájdalom-érzésre tűvel, hőérzésre pedig thermoesthesiometerrel vizsgáltatván meg, kiderült, hogy a jobb trigeminus, de különösen annak supraorbitalis ága és a száj körül a bőrérzés valamennyi formája, főleg pedig a fájdalomérzés meggyengült. A trigeminus által ellátott izmok villamos ingerlékenysége azonban eltérést nem mutat.

23-dikén a beteg arról panaszkodik, hogy szájának jobb felében az étel ízét nem érzi. A jobb nyelvél mentén megvizsgáltatván a négy alapízre, valamennyi erősen csökkentnek találtatott. November 26-dikén Jancsó Miklós volt szíves nála diagnostikai czélból lumbalis punctiót csinálni. Az eredmény azonban negativus volt.

Az angol Mac Ewen és a német Bruns által először alkalmazott auscultatoricus és percutoricus vizsgálati módszerek szintén eredménytelenek maradtak.

Ha még a nála meglevő vagy időközben kifejlődött többi tüneteket is számba vesszük, akkor azokat Bernhardt szerint a következőképen osztályozhatjuk:

1. Érzési zavarok: fejfájások, melyeket leginkább elől a szemek mögé és a tarkóra localizál. A jobb trigeminusnak már említett érzéstelensége. Nagyfokú szédülés.

2. Mozgásbeli zavarok: cerebellaris ataxia, bizonytalan járás, erős tremor a kezekben és a nyelven. Időnként nystagmus.

3. Érzékszervi zavarok: jobboldali csaknem teljes sükettség. Mindkét szem vakága, kivéve a jobb szem látóterének nasalis felét, a melyen ujjakat olvasni tud. Mindkét szem papilláján pangás és atrophia. Strabismus convergens a bal szemén. Az ízérzés nagyfokú csökkenése a nyelv jobb felén.

4. Psychikus tünetek: deprimált kedélyhangulat, ingerlékenység, félelmi és bizonytalansági érzések. Látásbeli hallucinációk, a melyeknek kóros volta iránt azonban belátással bír.

5. Egyéb tünetek: a vasomotorius beidegzés labilis volta (gyors elpirulás és elhalványodás).

Ide vehető még az is, hogy semmiféle egyéb somatikus eltérés nála nem tapasztalható.

Az itt felsorolt tünetekből kiderül, hogy az agy alapjára vonatkozó jelenségek dominálják a kórképet. Az előrebocsátottak után másra, mint valamely intracranialis neoplasmára gondolni legalább is nem valószínű.

Miután a lumbalis punctio alkalmával az intracranialis nyomás megnagyobbodott nem bizonyult, azon tünetek, a melyek a kisagy nyomtatásából lettek volna leszármaztathatók, mint a cerebellaris ataxia, a tremor s a szédülés, ilyen módon kielégítő magyarázatot nem nyerhetnek. Ezért ezen tünetek magyarázatára, a melyekhez még mások is, mint nystagmus, vasomotorius zavarok is járulnak, a kis agyvelőnek, esetleg a corpora quadrigeminaéknak a megbetegedését is fel kell venni. Hogy a tumor az ikertestekben lenne, a mellett leginkább az a körülmény szólhat, hogy a beteg a jobb fülére süket, a mi a hátsó ikertesteknek a bal oldalról való megtámadtatására (tehát ugyanazon oldalról, a honnan az opticusok és az abducens is bántalmazva lett) vezető visszafelé.

Ezt a tünetet az ikertestek daganatainál Weinland vette először észre és magyarázatát abban találja, hogy a hátsó ikertestpár a laterális hurokpálya közvetítésével a kereszttezett acusticusssal összeköttetésbe jut. A cerebellaris ataxia és a szédülés épen úgy lehet tünete az ikertestek, mint a kis agyvelő daganatainak. Ennek oka a kisagy közelében kívül valószínűleg még abban is van, hogy a corpus dentum cerebellitól a brachia conjunctivákon keresztül az ikertestek alatt pálya vezet a túloldali vörös maghoz (Bruns). Mindezekből kitűnik, hogy az említett két helyet a differentialis diagnózis szempontjából sokszor egymástól pontosan elkülöníteni nem lehet. Mindazonáltal a jelen esetben tekintettel arra, hogy szemizomhűdés, kivéve a baloldali abducens hűdését, nincsenek, hogy továbbá nystagmus és vasomotorius zavarok jelen vannak (ezen tünetek az ikertestek daganatainál igen ritkák), valamint hogy a jobb trigeminus hűdése és a jobb nyelvél izelési képességének csökkentése (miből a glossopharyngeus megtámadtatására is kell gondolni) észlelhető; de különösen azért, mivel a tünetek fellépésének chronologikus sorrendje mellette szól: inkább a kis agyvelő daganata mellett foglalhatunk állást, nem is véve figyelembe azt a körülményt, hogy a kisagyi daganatok a leggyakoribbak (21.6%) míg az ikertesteké a legritkábbak közé tartoznak (3.1% (Schuster), sem azt, hogy a mint az a jelen esetben is van, a kisagyi daganatok kevésbé járnak psychikus tünetekkel, mint az ikertesteké. Ennél fogva különös tekintettel arra, hogy a jobb fül sükettsége minden más tünetet megelőzött, a kóros folyamat eredése helyett a jobb acusticusban vagy annak közvetlen közelében kell feltételeznünk.

Onnan terjedt az rá később a kisagyra, a mint az már sokszor észleltetett (Bruns). Ezen első daganat mellett valószínűleg van még egy második, a chiasma bal oldalából kiinduló daganat is, a mire az opticusok közvetlen megtámadottsága mutat. Nem lehetetlen azonban, hogy a két gócz egymással összefügg.

A daganat, azaz daganatok mineműségének kérdésére biztos választ adni a leirt esetben szinte lehetetlen. Különösen tekintettel a leirt baj elég gyors lefolyására, még leginkább gliómára, sarcomára, illetőleg gliosarcomára lehetne gyanakodni.

A tuberculum jelenléte a lumbalis folyadék vizsgálatának nemleges eredménye miatt nem valószínű. A gumma is kizárható, nemcsak azért, mivel a beteg egyén virgo intacta, hanem azért is, mivel a higanybedörzsölésre nála javulás nem állott be.

(Folyt. következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Léphiány esetét demonstrálta Sternberg a „K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien“ december 19-dikén tartott ülésén. A készítmény egy kiterjedt gümőkórban elhalt 73 éves asszonytól származik. Boncolásakor lépnek nyomát sem találták, melléklépet sem találtak a hasüregben sehol, nyimorigyek semmiféle elváltozást nem mutattak, nem is voltak megnagyobbodva. Az arteria coeliaca elágazási viszonyaiból az következtethető, hogy ezen esetben veszületett léphiány volt jelen, nem pedig az embryonalis élet kora szakában beállott zavar okozta a lép visszafelődését. Ilyesféle esetek nagyon ritkák. Toldt ismeretes munkájában 17 esetet gyűjtött össze, a melyekben a lép teljesen hiányzott. Az esetek többségében egyéb szervek részéről is mutatkozott hiányos képződés és csak négy olyan eset van, melyekben a hiányos képződés csak a lépre szorítkozott. Ilyen eset a bemutatott is, a melyben még az is érdekes, hogy az illető 73 éves kort ért el.

A diuresis fokozásáról májcirrhosis okozta vizenyő eseteiben tartott előadást Schuster a német orvosok és természetvizsgálók 74-dik vándorgyűlésén. A punctio abdominis nem fokozza mindig a diuresist. Sokszor a legjobb diureticumok sem használnak. Fokozódó szívgyengeségnél, ha digitalis már nem használható, aether és spartein bőr alá fecskendezésével néha még elérünk a kívánt eredményre. Lanceraux, valamint az Ebstein által megkísérelt, a vesék kezelését, főleg jódkalium oldat rectalis befecskendezését és jodtinctura belső használatát; utóbbiból az első napon kétszer ad öt cseppet tejben és naponként egy cseppel növeli az adagot, naponként kétszer 30–40 cseppig.

Összehúzódságok kiváltása a halál után 30 órával kivett szíven.
A párisi „Académie des sciences” január 5-dikén tartott ülésén Kuliako egy dolgozatát mutatták be, a mely szerint egy kétoldali tüdőlobban meghalt három hónapos gyermeknek a halál után 20 órával kivett szíve oxigénnel telített Locke-féle melegített oldattal (a vér sóit tartalmazó oldat kevés dextroseval) átáramoltatás után 20 perczezel gyenge rythmusos összehúzódságokat mutatott, a melyek egy óra hosszat tartottak. A kísérletet szerző több emberi szívvél megismételte és többször sikerült szívösszehúzódságokat kiváltania még 30 órával a halál után is, dacára a terjedelmes véralvadékoknak.

PÁLYÁZATOK.

502/1903. eln. szám.

A Szabadka szabad királyi város tulajdonát képező **Mária Valéria-kórházban** lemondás folytán üresedésbe jött két ideiglenes, 2 évi időtartamra betöltendő **alorvosi állásra** ezennel pályázat hirdetnek és felhívják a pályázni kívánók, hogy pályázataikat Schmausz Endre főispán úrhoz, Szabadkán, legkésőbb folyó évi március hó 22-dikéig annál is inkább nyújtsák be, mert a később benyújtott pályaművek figyelembe vételét nem fogják.

Az alorvosoknak javadalmazása egyenként 1200 korona évi fizetés, szabad lakás, fűtés, világítás és élelmezés.

Megkivántatik az egyetemes orvostudori oklevél, hosszabb kórházi vagy klinikai gyakorlat és nőtlenesség. A műtői oklevél a pályázónak előnyt biztosít.

Köteles az alorvos a kórházban lakni s az első segélynyújtást kivéve, magángyakorlatot nem folytathat.

Szabadka, 1903. évi március hó 4-dikén.

A polgármesteri hivatal.

2269/1903. sz.

Fejér vármegye „Szent György” kórházánál Székesfehérváron 1903. évi április hó 1-sejével egy alorvosi állás üresedésbe jön. Ezen állásra, mely évi 1000 korona fizetéssel, természetbeni lakással és élelmezéssel van javadalmazva, ezennel pályázat hirdetnek és felhívják mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának II. pontjában előírt minősítettségüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket Fejér vármegye alispánjához folyó hó 25-dikéig nyújtsák be.

Az állás április hó 1-sején okvetlenül elfoglalandó.

Székesfehérvár, 1903. évi március hó 9-dikén.

Az alispáni hivatal.

634/1903. sz.

Az Okány és Sarkadkeresztúr községekből álló **Okány székhely** rendszerezett okányi egészségügyi **körorvosi állása** lemondás folytán üresedésbe jöven, annak betöltésére pályázat hirdetnek és felhívják mindazok, kik az állás elnyerésére pályázni kívánnak, hogy törvényes minősítettségüket s eddigi szolgálataikat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket alulírt főszolgabírói hivatalhoz folyó évi március hó 27-dik napjának déli 12 órájáig annál is inkább nyújtsák be, mert elkésve érkezett vagy nem kellőleg felszerelt pályázati kérvények figyelembe vételét nem fogják.

Az állás javadalmazása:

I. Okány község részéről.

1. Szabad lakás és 1000 korona készpénzfizetés.

2. Egyszeri látogatási díj a beteg lakásán vényírással együtt nappal 1 kor., éjjel 1 korona 40 fillér.

3. Az orvos lakásán egyszeri vizsgálat vényírással együtt 60 fillér.

4. Halotti vizsgálati díj esetenként 40 fillér.

5. A vágatási biztosítási teendőikért megállapított díjazás.

II. Sarkadkeresztúr község részéről.

1. 200 korona készpénzfizetés.

2. Egyszeri látogatás és vényírás a beteg lakásán nappal 1 korona, éjjel 2 korona, a községhezánál 60 fillér. (A betegek tartoznak a körorvosnak az oda- és visszautazásra előfogatot rendelkezésére bocsátani.)

Tartozik a körorvos ebbeli teendőin kívül Okány községben a vágatási biztosítási teendőket ellátni, Sarkadkeresztúr községben minden hó 1-sején és 15-dikén megjelenni, s mindkét község szegény betegeit díjazás nélkül gyógykezelni. Az állás választás útján való betöltése 1903. évi március hó 28-dikán délelőtt 11 órakor Okány községhezánál fog megejteni.

Cséffa, 1903. évi március hó 5-dikén.

A főszolgabírói hivatal.

Lemondás folytán megüresedett az északmagyarországi egyesített **köszénbánya és iparvállalat részvénytársulat** miszerfai bányagondnokságánál a **bányaorvosi állás**. Az ezen állással járó javadalmazás 2800 korona évi fizetés, szabad lakás és rendszeresített fűtési valamint világítási illetmény. A bányorvos tartozik a bánya tisztviselőit és munkásait ingyen kezelni és a miszerfai társulati kórházat vezetni.

Azon okleveles orvosok, kik ezen állásra pályázni óhajtanak, felkéretnek, miszerint kellően felszerelt kérvényeiket „Bányagondnokság Miszerfa u. p. Kisterenne Nógrádmegye” címre terjesszék be legkésőbbben ez év május hó 8-dikáig.

2-1

A Bányagondnokság.

1087/1903. sz.

Máramaros vármegye taracsvízi járásához tartozó Taraczköz, Nagykirva, Bedőháza, Kőényes, Gánya, Tercselpatak, Pelésalja, Nyéresháza, Szélesongka, Taracsfalu, Irhóc, Nyéresháza, Kiskirva községekből **Irhóc székhely** rendszerezett **körorvosi állása** lemondás folytán üresedésbe jöven, annak betöltésére pályázat hirdetnek és felhívják mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a alapján felszerelt kérvényüket alulírt főszolgabírói hivatalhoz folyó évi március hó 22-dikéig nyújtsák be.

Az állás javadalmazása egyenként 1200 korona évi fizetés, szabad lakás, fűtés, világítás és élelmezés.

Megkivántatik az egyetemes orvostudori oklevél, hosszabb kórházi vagy klinikai gyakorlat és nőtlenesség. A műtői oklevél a pályázónak előnyt biztosít.

Köteles az alorvos a kórházban lakni s az első segélynyújtást kivéve, magángyakorlatot nem folytathat.

Szabadka, 1903. évi március hó 4-dikén.

A polgármesteri hivatal.

nyelket hozzám legkésőbb folyó évi április hó 4-dikéig annyival is inkább nyújtsák be, mert később érkezett kérvényeket figyelembe venni nem fogok.

A választást folyó évi április hó 8-dikán délelőtt 9 órakor fogom meg-ejteni Irhócon a körjegyzői irodában.

Taraczköz, 1903. március hó 4-dikén.

Hatfaludy Sándor, főszolgabíró.

A **temesvári „Fehér-kereszt” gyermekvédő-egyesület** szülészeti kórodáján és az azzal kapcsolatos II.-od rendű bábaiskolánál a **segédorvosi állás** folyó évi május hó 1-sejétől, két évre betöltendő.

Javadalmazak: 1000 korona évi fizetés, teljesen bebutorozott szabad lakás, fűtés, világítás, elsőrendű élelmezés.

A kinevezendő segédorvosnak ideiglenesen az ugyanazon épületben levő állami gyermekmenhely kórosztályán is kell segédkeznie, minek kapcsán némi mellékjövedelemre számíthat. Önálló magángyakorlatot nem folytathat.

A **román nyelvnek tökéletes bírása a kinevezés feltételét képezi.**

A pályázni kívánó nőtlen orvostudorok a temesvári „Fehérkereszt” gyermekvédő-egyesület Igazgatótanácsához címzett folyamodványaikat folyó évi április hó 15-dikéig — lehetőleg személyesen — nyújtsák át alulírottal.

Temesvár, 1903. évi március hó 4-dikén.

Dr. Tauffer Jenő,

városi főorvos, mint a szülészeti kóroda és a II.-od rendű bábaiskola vezetője.

2-1

466/1903. szám.

Az elhalálozás folytán megüresedett és 11 községet számláló **szalárdi körorvosi állás** betöltésére pályázatot hirdetnek.

Ezen állás javadalmazása évi 1400 korona fizetés, a szokásos vény- és látogatási díjak szedhetése, halottkémleli díjak a székhelyen, valamint természetbeni fuvar, esetleg a köri községekkel megállapítandó fuvardíj-átalány.

A választás f. évi március hó 23-dikán d. e. 9 órakor Szalárd község-házánál fog megtartatni.

Felhívom mindazon kellőleg minősített orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám f. évi március hó 21-dikén d. u. 5 óráig annál is inkább nyújtsák be, mert később érkező kérvények figyelembe vételét nem fogják.

A megválasztott körorvos állását f. évi április hó 1-vel elfoglalni tartozik.

Szalárd, 1903. évi február hó 22-dikén.

2-2

Csanády Jenő, főszolgabíró.

192/903 közg. sz.

Csikmegye felelősi járáshoz tartozó Gyimesbükk, Gyimes Felső- és Közép-Lok községekből alakított gyimesi közegészségügyi körben **Gyimesbükk község** székhelylél az **orvosi állomás** lemondás folytán üresedésbe jöven, annak betöltése végett ezennel pályázatot hirdetnek.

Ezen állomással 1200 korona évi fizetés, 80 korona lakbér és mind kinevezendő Csikgyimesi pályaorvosnak az Ajnádtól Gyimesig terjedő 31-3 km. hosszú vonalszakaszon a pályaorvosi teendők végzéseért évi 600 korona tiszteletdíj jár. A községekkel és azok közigazgatási területén levő fűrésztelek tulajdonosaival egyezség útján megállapítandó látogatási, látélet és bizonyítványkiállítás díjakon kívül körorvos a védhimlő-oltásért és újraoltásért az országos érvényű díjakat felszámíthatja és a bíróságok felhívására végzett szakértői működéseikért a szabályszerű díjakat igényelheti, székhelyén halottkémlel és hűszemlélt a szabályszerű díjak mellett végezni a községeit havonként kétszer beutazni tartozik. Körközségeinek szegényeit pedig ingyen köteles gyógykezelni. A magánlátogatásokra felektől fuvart követelhet. Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, miszerint az 1883. I. t.-cz. 9. §-a értelmében eddigi gyakorlatukat is igazoló okmányokkal felszerelt kérelmüket hozzám 1903. évi március hó 31-dikéig nyújtsák be. A választás Gyimesbükkben 1903. évi április hó 4-dikén délután 1 órakor fog megtartatni.

Csik-Szereda, 1903. évi március hó 1-jén.

3-2

Fejér Sándor, főszolgabíró.

90/2—1903. eln. szám.

A vezetésem alatt álló **brassói kir. törvényszék**hez rendszeresített **második törvényszéki orvosi állás** betöltése céljából a nagyméltóságú m. kir. igazságügyminister úrnak f. é. február hó 16-dikán 3528. I. M. 1903. III. sz. alatt kelt rendelete alapján ezennel pályázatot hirdetnek.

Felhívom ennél fogva mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy a képzettségüket és a törvényszéki orvosok részére előírt vizsga letételét igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket ezen hirdménynek a hivatalos lapban való harmadszori megjelenésétől számított két hét alatt hozzám annál bizonyosabban nyújtsák be, mert a később érkező kérvények figyelembe vételét nem fogják.

Brassó, 1903. évi február hó 25-dikén.

3-3

A brassói kir. törvényszék elnöke.

Üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
márc. 16	járásv. orv.	Vágsellyei jár.	1200 k., 600 k. úti át.	Markhot alisp., Nyitra
" 16	közs. orv.	Talpas	1200 k.	Eder G. f. szb., Kis-Jenő.
" 20	körorvos	Bokszeg, Arad-megye	1200 k.	Borsos Géza főszolgab., Borosjenő
" 21	"	Pecze-Szőllős, Biharmegye	1826 k.	Főszolgabírói hivatal, Nagyvárád
" 25	körorvos	Piskitelep	900 k., 460 k. úti át.	Csulay főszb., Déva.
" 31	fürdőorv.	Stubnya-fürdő	1000 k. és lakás	Palkovics Emil polgármester, Kőrömczabánya
ápr. 1	nőoszt. főo.	Erzsébet-kórh.	1000 k. és lakás	Babarczy Schwartz O. udv. tan., Budapest.
" 3	közs. orv.	Nagykovácsi	1400 k., 240 k. lakbér	Csapó főszb., Pomáz.
" 15	kórh. főo.	Nyitra	2000 k., 500 k. fuvardíj	Markhot alisp., Nyitra.

HIRDETÉSEK.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsói és bakteriologia

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű ép és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsói bakteriologiai vizsgálatára vállalkozik

Dr. VAS BERNÁT a laboratórium vezetője.

Poliklinika: VII., Hársfa-utca 13–15. szám.

COLLARGOLUM. (Credé-féle oldható ezüstérez.) Mint kenőcs (Unguentum Credé)

ezüst-kenőkhúrához, oldatban intravenös injectiók részére fertőzőési betegségeknek.

ITROL. Antiseptikus sebkezeléshez, szemgyógyítás-hoz és nemi bajok ellen. Legelőszőbb ezüst-készítmény a gonorrhoea kezeléséhez.**ACOIN.** Helyi anaestheticum a sebészet, szemészet és fogoperációk részére. **Hosszan tartó anaesthesia.** Egyedüli szer fájdalom-nélküli subconjunctivalis injectiók részére.**Acetylsalicylsav.** (2-OH)**Hyrgol** (Hydrargyrum colloidalis). — **Solveol.**

Próbákat és irodalmi lenyomatokat ingyen küld:

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.**Dr. Csillag Jakab górcsói laboratóriuma**

Budapest, VIII., József-körút 22–24. sz.

kizárólag **gonococcus vizsgálattal** foglalkozik.

A vizsgálandó anyag beküldését illető felvilágosítással szívesen szolgál a laboratórium.

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D^rEGGERIndicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis
Kapható minden gyógyszerárban.

Vegyi, górcsövészeti és bakteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

1900. május 1-től VI., Andrassy-út 50 (Oktogon-tér).

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajka-tej-, ex- és transsudátum valamint bakteriologiai vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAJ GÁBOR, v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

Hirdetéseket kizárólagosan

a „Petőfi” kiadóvállalat

(Budapest, III., Zsigmond-utca 70) vesz fel.

„ATOXYL”

új, majdnem méregmentes arzénkészítmény.

Még nagy adagok bőr alá fecskendése sem jár kellemetlen mellékhatásokkal (tályogképződés, izgalom fokhagymaszag).

„Atoxyl” oly kevésbé mérgező, hogy alkalmazása által **40–50-szer annyi arzént** vihetünk a testbe, mint a szokásos szervesetlen arzénkészítmények által.

Mindazon bántalmakra, melyek tapasztalat szerint arzénre reagálnak (bőr-, vér-, idegbajok stb.), Atoxyl igen előnyösen hat.

Adagja: 0.05–0.2 gr. pro die bőr alá fecskendezve.

Irodalom: Dr. Schild W. (Prof. Dr. Lassar klinikája): Berliner med. Gesellschaft 1902. március 5. — Dr. Blumenthal F. magántanár (v. Leyden titk. tanácsos klinikája): Ibid.

VEREINIGTE CHEMISCHE WERKE, AKTIENGESSELLSCHAFT, CHARLOTTENBURG, Salzufer Nr. 16.

Uj: „ATOXYL”-vas-víz. Eladási ára üvegenként 70 fillér (üveg betudva).

Kapható Dr. MEYER gyógyszerész, ásványvíz-gyárosnál, Berlin S. W., Alexandrinenstrasse 110.

Szag és íz nélküli a

Zoltán-féle Csukamáj-olaj

(Rendelési mód: Ol. jecoris aselli sec. Zoltán lag. original.)

s ezért gyermekek, valamint felnőttek undor nélkül veszik. — Kitűnő hatású: táplálkozásban visszamaradt, rhachitikus és scrophulotikus gyermekeknek, phthisikusoknak. — Készítője:

ZOLTÁN BÉLA gyógyszerész, Budapest, V., Nagykorona-utca 23. sz.

Kapható az ország összes gyógyszerárjaiban üvegenként 2 koronáért.

: AZ 1900-IKI PÁRISI VILÁGKIÁLLÍTÁSON KITÜNTETÉST NYERT :

Kefir

Vezető orvos:

Dr. Székely Ádám.

legtökéletesebb tápszer, ajánlva különösen tüdő-, gyomor- és vesebajoknál, chlorosis és anaemiáknál s minden nagyobb betegség alatt és után. —

Gyors erő- és súlyszaporodás. Kellemes üdítő íze miatt azok is szívesen

isszák, kik a tejet nem tűrik.

Budapest naponta házhoz szállít és vidékre kefirgombát küld a

KEFIR-INTÉZET

Budapest, VI. kerület, Teréz-körút 31. szám.

Első magyar általános biztosító társaság Budapest.

I. TŰZ-, SZÁLLITMÁNY-, JÉG- és BETÖRÉS-BIZTOSÍTÁSI ÜZLET.

KIADÁSOK.

Negyvenötödik évi zárszámla 1902. január 1-től december 31-ig.

BEVÉTELEK.

VAGYON.

Mérlegszámla 1902. december 31-én.

TEHER.

I. Tűzbiztosítás.		korona	fl.	korona	fl.	I. Tűzbiztosítás.		korona	fl.	korona	fl.	Elhelyezett tőkepénzek takarékpénztárak és bankoknál		korona	fl.	Részvényalapítók teljesen befizetett 2000 egész részvény		korona	fl.
Kifizetett károk és költségek 7.570,368'43		4388590	56			Az 1901. évről áthozott készpénz-díjtartalék		4400000	--			7.700.000 kor. n. é. Magy. földh. -int.		3797890	51	a 1000 frt és teljesen befizetett 2000 fél részvény		6000000	--
lev. viszontbizt. károk és költs. 3.181,777'87		506490	19			a viszontbiztosított rész levonása után és						4%-os kor. n. é. záloglevél a 98'--=				a 500 forint		6000000	--
Függőben maradt károk tartaléka		939854	38			mindent megterhelés nélkül		80000	--			1.774.000 kor. n. é. Magy. földh. -int.				Társasági tartaléktőke		568588	14
Szerzési költségek a viszontbiztosított rész		216520	78			Tűzbizt. után bevett készpénzdíjak és a f. évb.						4%-os talajjav. és szab. záloglevél a 97'40'--=		1.727.876	--	Külön tartalék		3913140	22
utáni bevétel levonásával		105273	67			lej. díjkötelezvények és díjvált. 13.942,867'34						1.500.000 kor. n. é. Pesti hazai első				Árfolyamkülönbözeti tartalék			
Jövedelmi adó és bélyegilletékek		9250	--			levonva: törleszt. díj. 1.617,810'29		8.81702	10			takarékpénztár egyesületi 4%-os		1.455.000	--	Tűzbiztosítási díjtartalék készpénzben a viszontbizto-			
Postabérek		1076312	33			levonva: viszontbizt.		417324	38	13102026 48		záloglevél a 97'--=				sított rész levonásával és minden			
Adakozások közhasznú célokra		33669	42			díjak és díjrészlet. 4.040,354'95 5 658,165'24						1.500.000 kor. n. é. Pesti hazai első				megterhelés nélkül		2.400.000	--
A tűzbizt. fizetett terhelő igazg. költségek		4400000	--	11675961 33		Az 1901. évb. függőben maradt károk tartaléka						takarékpénztár egyesületi 4%-os				Szállítmány biztosítási díjtartalék			
Behajthatatlan követelések leírása						II. Szállítmány-biztosítás.						közsegi kötvény a 97'--=		1.455.000	--	készpénzben a viszontbiztosított			
A következő évek készpénz-díjtartaléka a						Az 1901. évről áthozott készpénz-díjtartalék						1.214.000 kor. n. é. Egyes. budap. főv.				rész levonásával és minden meg-			
viszontbiztosított rész levonása után és						a viszontbiztosított rész levonása után és						takp. 4%-os záloglevél a 97'50'--=		1.183.650	--	terhelés nélkül		100.000	--
minden megterhelés nélkül						minden megterhelés nélkül						200.000 kor. n. é. Kisbirtokosok				Betörésbiztosit. készpénzdíjtartalék			
II. Szállítmány-biztosítás.						Szállítvány-biztosítások után be-						országos földhitelint. 5%-os zálog-				a viszontbiztosított rész levonásával			
Kifizetett károk és költségek 279,643'62		98190	29			vett készpénzdíjak 943,672 02						levél a 100'--=		200.000	--	és minden megterh. nélkül		65.000	--
lev. viszontbizt. károk és költs. 181,458'33		88633	56			levonva: törleszt. díj. 44,322'73		177510	67			4.000 kor. n. é. „Otthon” irók				Tűzbiztosítási függő károk tartaléka		506490	19
Függőben maradt károk tartaléka		11056	54			levonva: viszontbiz-		87545	84	345056 51		és hírlapírók köre 4 1/2%-os				Szállítmány biztosítási függő károk tartaléka		88633	56
Szerzési és igazgatási költségek a viszontbiz-						tosítási díjak 721,838'62 766,161'35						kötv. a 100 kor. --=		4.000	--	Jégbizt. függő károk tartaléka		16062	48
tosított rész utáni bevétel levonásával						Az 1901. évb. függőben maradt károk tartaléka						7955 drb. Magy.-Franciaia bizt. t.				Betörésbizt. függő károk tartaléka		2519	53
A következő évek készpénz-díjtartaléka a						Jégbiztosítások után bevett kész-						részv. a 200'--=		1.591.000	--	Különféle hitelezők		736294	24
viszontbiztosított rész levonása után és min-						pénzdíjak 3.446,950'33						1213 drb. Bécsi bizt. társ. rész-				Előbbi évekről eddig fel nem vett osztalékok		3893	--
den megterhelés nélkül		103000	--	298780 39		levonva: törleszt. díj. 249,067'12						vény a 425'--=		515.525	--	Tiszviselők és szolgák nyugdíjalapja		1058061	40
III. Jégbiztosítás.						levonva: viszontbiz-		1109819	33			997 dr. Hazai ált. bizt. társ. el.				Első magyar általános biztosító-társaság „Lévay-alap”		17143	21
Kifizetett károk és költségek 1.752,247'68		598265	36			tosítási díjak 2.088,063'88 2.337,131'--		1126369	79			részv. a 200'--=		199.400	--	Első magyar általános biztosító társaság „Ezredéves			
lev. viszontbizt. károk és költs. 1.153,982'32		16062	48			Az 1901. évb. függőben maradt károk tartaléka						A fenti ért. pap. stb. után az év		136.264	--	alapítvány”		64617	77
Függőben maradt károk tartaléka		219774	07			IV. Betörés-biztosítás.						végéig esed. kam.		16013715	83	Ormody Vilmos-alap		20323	78
Szerzési és igazgatási költségek a viszontbiz-		49835	59			Az 1901. évről áthozott készpénz-díjtartalék						Leszámitolt, visszeszámitolt és egyéb váltók		935193	29	Eletbiztosítási osztály folyó számlán		1230269	85
tosított rész utáni bevétel levonásával		21906'43	93			a viszontbiztosított rész levonása után és						Társasági házak		2660000	--	1902. évi nyereség		2615763	22
Bélyegilletékek						minden megterhelés nélkül		40000	--			Erzsébet-téri házak kölesöntörlesztési számla		670000	--				
Behajthatatlan követelések leírása						Betörés-biztosítások után bevett						Különféle adósok :							
IV. Betörés-biztosítás.						készpénzdíjak és díjrészletek 135,768'94						a) Pénzkészlet és maradványok a képviselősé-							
Kifizetett károk és költségek 6,888'26		3535	71			levonva: törleszt. díj. 23,031'69						geknel		1902354	40				
lev. viszontbizt. károk és költs. 3,352'55		2519	53			levonva: viszontbiz-		53339	71			b) Maradványok idegen bizt. intézeteknél		1147223	79				
Függőben maradt károk tartaléka		22386	38			tosított díjak 59,377'54 82,409'23						Jégbiztosítási osztály folyó számlán		355768	81				
Szerzési és igazgatási költségek a viszontbiz-						Az 1901. évben függőben maradt károk tartaléka		840	42	94200 13		Központi pénzkészlet		94714	03				
tosított rész utáni bevétel levonásával						V. Egyéb bevételek.													
A következő évek készpénzdíjtartaléka a						Szelvény-, takarékpénztári-, váltó- és egyéb													
viszontbiztosított rész levonása után és min-						kamatok, valamint árfolyamnyereség el-													
den megterhelés nélkül		65000	--	93441 62		adott értékpapírok és idegen pénznemek													
V. 1902. évi nyeményszámla.						után		847189	52										
A folyó évi üzletből fennmaradt nyereség ért						Társasági házak tiszta jövedelme		74398	06	921587 58									
		15589840	49							15589840 49				27576800	66				

Az idei hozzájárulásokkal 1.731,799 korona 93 fillérre emelkedett.

Az idei hozzájárulással K. 5.000,000 emelkedett.

27576800	66
----------	----



Farbennfabriken

vorm.

Friedr. Bayer & Co.,

Elberfeld.

Pharmaceut. osztály.

Mesotan

Uj Salicyl ester rheumatikus bajok (különösen izomrheumatismus, lumbago) helyi kezelésre és fájdalomcsillapításra közvényűnél. Pótléka a Gaultheriaolajnak, majdnem szagtalan és könnyen felszívódó.

Atk.: Olívaolajjal keverten, napjában 3-szor könnyen bedörzsölni.

Aspirin

antirheumaticum és analgeticum.

Legjobb pótléka a salicylatoknak.

Kellemes savanykás ízű, — majdnem ment minden mellékhatástól.

Adag: 1 gr. 3-5-ször napjában.

Aristochin

a chinin szénsavas estere, teljesen íztelen, kitűnően felszívódó, a chinin-sók jellemző mellékhatásától ment.

Jav.: Lázas állapot, különösen maláriánál, typhusnál, influenza és egyéb meghűlési betegségeknél. Pertussisnál.

Adag: 0.5-1 gr. egyszer vagy többször napjában.

Agurin

Theobromin-készítmény.

Uj diureticum

a legtöbb hydropikus tüneteknél.

Adag: 0.5-1 gr.; pro die 3 gr.

Tannigen

Duotal

Creosotal

Protargol

Salochinin

Trional

Somatose

Vassomatose

Képviselő Ausztria és Magyarország részére: FRIEDR. BAYER & Co. WIEN, I. Hegelgasse 17.

Anämin
EISENPEPSIN-
SACCHARAT-
LIEBE

0.2% vas, mint ferrisaccharatum.

Eltartható!! Jó ízű!

Gyomornyomást nem okoz!

Székszerűség nincsen!

(még hosszabb használat után sem.)

Bőséges vasfelvétel mellett fokozott

étvágy, ennél fogva kitűnő közérzet és testsúlygyarapodás.

Dyspepsiák, idült gyomorbajok, vérvesztések és gyengeségi állapotok minden fájánál kiváló hatású.

Liebe's Sagrada-Wein

Liebe-féle Sagrada-tabletták (chokoládéval bevonva).

Kellemesen, biztosan és enyhén ható emésztési szer.

Minták és orvosi irodalom ingyen.

J. Paul Liebe.



Tetschen a. E.

PERTUSSIN

Extract. Thymi
saccharat. Taeschner.

Ártalmatlan, biztosan ható szer

szamárhurut, légcső- és gégehurutok ellen.

Irodalom Németország és Ausztria-Magyarország legelső szaklapjaiban.

Orvosi vélemények:

Prof. Dr. Ernst Fischer, (Strassburg):

A „Pertussin” hatása meglepő volt: s ha nem is mondhatom, hogy a hökhurut néhány nap alatt egyszerű katarhussá vált, de a rohamok oly enyhék, a köpet oly laza lett, hogy a hökhurut ijesztő tünetei, az elkökélés és fuldoklás teljesen elmaradtak.

Dr. Model, v. kir. körorvos (Weissenburg):

„Pertussin” használata után felébredéskor úgy éreztem, mintha a friss szabad levegőt szívnam be valamely alpesi csúson. Ez nálam igen felüdítő volt, mert sok évi höghurut folytán meglehetősen tüdőátulásban szenvedek.

Dr. Alfred Müller, (Neuhäusen):

Az a véleményem, hogy a „Pertussin” az a szer, mely a legrövidebb idő alatt a joggal rettegett hökhurutot veszélytelen és jelentéktelen höghurutá változtatja. Ez idő szerint nem ismerek szer, mely hasonló előnnyel rendelkeznék.

Dr. Erich R. von Matzner, (Bierfeld, Steierm.):

A három „Pertussin”-nal kezelt eset, köztük kettő gyermeknél, a legsúlyosabb alakok közé tartozott és az ön készítménye mindig kitűnő hatással volt; az erős köhögési inger néhány óra alatt csökkent és a váladék mennyisége fogyott, a hőmérsék alábbszállt.

Eladás kizárólag gyógyszerárak útján.

Előállítja a

„Kommandantenapotheke E. Taeschner”

Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Ingyen minták szívesen állanak rendelkezésre.

Raktárak: Török József gyógyszerár, Budapest,
Dr. Egger Leo és J. Budapest, stb.

CONTRATUSSIN

(Elixír Thymi „BAYER”).

Szamárhurut, gégefő és bronchialecatarrhus ellen

ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a készítő

Bayer Antal gyógyszerész, BUDAPEST, VI.,

Minden gyógyszerárban kapható. — Ára 1 kor. 40 fill.

Kiváncra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

UJ-TÁTRAFÜRED

Hidegvízgyógyintézet
és
Sanatorium.

Tüdőbetegeknek (kezdeti stádium), idegbajosoknak (function. zavarok, morb. Basedow, neurasthenia, álmatlanság stb.), anyagcserezavaroknál (diabetes, oxaluria, köszvény stb.), vérbetegségeknél (chlorosis, anaemia, leukimia, malaria stb.), üdülőknek, időseknek, utókúra stb.

Gyógyeszközök: levegő- és fekvőkúra, daetikus gyógy mód (hízáló és soványító kúra), inhalatio (lignosulfít, törpefenyőgőz), hidegvízfürők, moór- és törpefenyőfürők, sanatoriumi kezelés.

— Mindig nyitva! —

Dr. Fái Mátyás Miklós
rendelő orvos.

Airol „Roche”

elismert legjobb jodoform-pótszer.
Külön. indicat.: Ulcus cruris, ulcus molle, égési
sebek, gonorrhoea.

Bruns-féle Airolpasta. (Dr. B. Honsell, Beitr. zur
klin. Chir. 29. k. 3. f.)

Sulfosotsyrup „Roche”

méregtelenített creosot syropus oldatban, különösen alkal-
mas a szegény- és pénztári gyakorlatban. Napi adag:
felnőttek 3-4 teáskanál, gyermekeknek 1-2 teáskanál.
Csak eredeti üvegekben á 150 gr. 2 kor.

Sirolin

határtalanul tartós thioeol-orangesyrup. Kellemes ízű.

Jav.: Phthisis kezdő szakában, bronchitis, hökhurut.

Napi adag: felnőttek 3-4 teáskanál, gyermekeknek 1-2
teáskanál.

Csak eredeti üvegekben á 150 gr. 4 kor.

Thioeol „Roche”

egyedül vízben oldható guajacol-készítmény, szagtalan,
nem mérgező, nem izgató, könnyen felszívódó.

Jav.: Phthisis, bronchitis.

Thioeoltabletták „Roche”

á 0.5 gr. üvegekben á 25 darab 3 kor
Egyes adag 0.3-1.0 gr., napi adag 2-5 gr.

Protylin „Roche”

phosphorfehérnyé, méregtelen, tartós és íztelen.

Jav.: Rhachitis, skrophulose, caries, osteomalacia, struma,
morb. Basedow, neurasthenia, pubertás, involutiók és
gravitítás.

Thigenol „Roche”

összetett kén-készítmény 10% szervesen kötött kénnel,
szagtalan, íztelen, vízben könnyen oldható, antiseptikus
hatású antiparasit, fájdalom- és viszketegcsillapító.

Jav.: Gonorrhoea, dermatitis, idült és heveny
száraz eczema és scabies.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie., vegyészeti gyár, Basel (Schweiz) — Grenzach (Baden).

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi kórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Fertik Ottó, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Navratil Imre: A Jackson-féle traumatikus epilepsia operálásáról. 183. l.
Áldor Lajos: Az idült vastagbélhurutok gyógyítása magas beöntésekkel. 185. l.
Ráskai Dezső: A bakteriuria. 187. l.
Manninger Vilmos: Közlemény Kocher tanár berni sebészeti klinikájáról. A coxitis tuberculosa műtéti kezelése. 188. l.

Tárca. Markusovszky-féle egyetemi jubiláris előadások. 190. l. — Székely Ágoston: Behring előadása. 190. l.

Közegészségügy. Az országos közegészségügyi tanács 1902-dik évi működéséről. 191. l.
Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Nagy Pál: A hasi hagymáz gyógykezeléséről. 192. l. — Könyvismertetés. O. Dammer: Handbuch der Arbeiterwohl-fahrt. (Friedrich.) — Roth's klinische Terminologie. (M.) — Lapszemle. Sebészet. J. Schoemacker: Régóta fennállott pathologikus csípőízületi ficamodás, repositio. (Holzwarth.) — Nikolai Wolkowitsch: A felső és alsó végtag

csőves csontjainak törései. (Holzwarth.) — J. Blumberg: A ballon-tünetről bélelzáródásnál. (Holzwarth.) — Bőrkiórtan. Schmidt H. E.: Röntgenezés után fellépő bőratrophia. (Guszmán.) — Plehn A.: Leprához hasonló betegségről Kamerunban. (Guszmán.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Lévai D.: A somatose. — Sternberg: Septoforma. — Folyóiratok átnézete. 193—194. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — Ludvik Endre. — A tavaszi tisztiorvosi vizsgálatok. — A budapesti orvosi kör országos segélyegylet pénztárába befizettek. — Trachoma-cursus. — Az élet- és körvegytani tanszék. — Felhívás Magyarország összes járási orvosaihoz. — Högyes tanár Pasteur-intézete. — Megjelent. 195—195. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar Tudományos Akadémia. — Budapesti kir. orvosegyesület. — Közkórházi orvostársulat. — A budapesti kir. Orvosegyesület tuberculosus-bizottsága.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A Jackson-féle traumatikus epilepsia operálásáról.

Agysebészeti tanulmány.¹

Közli: Navratil Imre dr. egyetemi ny. r. tanár, főorvos.

Az agysebészethez az agytályogok mellett egyik értékes tárgyat képezi a Jackson-féle traumatikus epilepsia. Már 1878—79-ben operáltam ily eseteket több-kevesebb sikerrel. Tapasztalataimat és ez irányban elért eredményeimet a budapesti kir. orvosegyesület üléseiben tettem közzé a 80-as évek elején.

Az ezen irányban tett első kísérletek még nem bírtak oly szilárd agyphysio- és pathologiai basissal, mint a minővel ezen a téren már ma rendelkezünk és a sebészeti technika és a sebkezelés is azóta nagy útat tett meg ezen irányban a tökéletesedés felé. Mindazonáltal az első kezdeményezések az idevonatkozó irodalomban és búvárkodásban élénk mozgalmat indítottak meg. Horsley-vel és Bergmannal egyidőben végzett operatioim agytályog és Jackson-féle epilepsia miatt az első kísérletek voltak az agysebészet terén. Nem hiányzott persze baljósataival az ellenvéleményes tábor épen úgy, a mint nem hiányoztak azok sem, kik túlbuzgalmukban a műtéti indiciók kellő határain túlmentek. A két fél küzdelméből végre is a helyes középút lett a diadalmas s valamint ma nincsen sebész, ki kétségbe vonná az agysebészet jogosultságát, úgy másrészt a túlbuzgalomból eredő indiciókat is a kellő határok közé szorította a klinikai megfigyelés és tapasztalat, úgy hogy azt mondhatjuk, hogy ma már mindinkább kikristályosodik a helyes irány javalataival és sebészeti eljárásaival, melyeket az agy különböző bántalmainál mint ezélravezetőt követ a mai chirurgia.

¹ Előadatott kivonatossan a budapesti kir. orvosegyesületnek f. évi február hó 28-dikán tartott rendes ülésében.

Nem szándékom itt ez alkalommal a 24 éven át ez irányban tett összes észleleteimet és tapasztalataimat bővebben kifejteni. Jelen felszólalásommal csak — mint már fentebb említém — az agysebészet egyik fontos ágáról, a Jackson-féle traumatikus epilepsia operatiojának indicióiról és módjairól óhajtok értekezni.

A Jackson-féle epilepsia operatiojának javalatát megkönnyíti a koponyán észlelhető előrement trauma nyoma. A localisatiót illetőleg tehát a sebésznek ily esetben meg van könnyítve a dolga, nem úgy, mint az agydaganatoknál és nem traumatikus agytályogoknál, s talán e körülmény okozta azt, hogy a sebészek kellő eccekticismus nélkül fogtak a Jackson-féle epilepsia operatív gyógyításhoz, a mi azon káros következménnyel járt, hogy a helytelen indiciók alapján végzett operatiók eredménytelenül végződtek és a műtéti beavatkozást e bántalomnál majdnem discreditalták.

A kellő körültekintéssel és kellően megfigyelt és helyesen megválasztott esetek operálása azon meggyőződést juttatta érvényre, hogy a Jackson-féle traumatikus epilepsiának kellő időben, helyes módon végzett operálása az egyedüli út a bántalom gyógyítására.

Igy mindenekelőtt fontos, figyelembe venni a baj tartamát. Egy éven túl fennálló epilepsiánál már sikert jósolni nem lehet, főleg akkor nem, ha az epilepsia mintegy habitualis jellegű. Határozottan ellenjavult a műtét, ha a koponya és agysérülés helye nagyobb kiterjedésű és ha az egyén általános egészségi állapotának gyengesége, idegletének lefokozódása és az azzal járó túlságos gyakori görcsrohamok vannak jelen.

További feltétele a gyógyulásnak az, hogy a trauma által okozott agynyomást és annak következményeit lehet-e és mily fokban megszüntetni, mert ha az utóbbit vagy teljesen, vagy legalább nagy részben nem sikerül eltávolítanunk, elesik az operálás által elérhető eredmény lehetősége. Nem szabad figyel-

men kívül hagynunk azon körülményt sem, hogy főleg az agyon történő sebzés vagy resectio, bármily indikált legyen is az, pl. esetleges vérömlenyos cysta vagy idegen test miatt, habár eltávolítottuk is az agyra történt nyomást és izgalmat, az új hegeképződéssel mégis okvetetlenül bizonyos fokú nyomás, vongálás és így újabb izgalmi állapot létesül. Hogy mikép és mi módon akadályozzuk meg ezen lehetőséget, arról majd alább leendő szó, a műtét technikájának megbeszélésénél.

Végül nagyfontosságú a leghelyesebben indikált műtét és a legszabatosabb technika mellett is a beteg életmódjának és körülményeinek kellő tekintetbe vétele. Így pl. egy józan életű, nem iszákos és nem túlfeszített physikai munkát végző egyénen jóval több eredményt várhatunk a beavatkozástól, mint olyanoknál, kiknek szervezete előrement kicsapongó életmód, alkati bántalmak, vagy alkoholizmus által ellentálló képességében meg van törve, vagy ha az illető már bir öröklött terheltséggel.

A Jackson-féle epilepsia tünetei oly jellegzetesek, a traumatikus esetekben az előrement trauma annyira megkönnyíti a diagnosist, hogy feleslegesnek látszanék a differentialdiagnosist a genuin epilepsiával szemben fejtegetni.

Mindeazonáltal lehetnek, mert voltak is eseteim, a hol a genuin epilepsia traumával kapcsolatosan fordult elő, vagy mint azt esetekkel illusztrálni fogom, oly körülmény foroghat fenn, hogy mintegy rejtett alkati bántalomból kiinduló idült lobos agyhártya-megvastagodás vagy osteophyt nyomást gyakorolván a mozgató góczok valamelyikére, Jackson-féle epilepsiának tiszta képét állítja elénk.

Midőn ily esetekben trauma complicálja a kórképet, a traumatikus eredet felvétele igen plausibilisnek látszik lenni. Ily és minden hasonló, csak némileg kétes esetben is, szorgos és pontos megvizsgálása szükséges a beteg szervezetének, ki kell kutatnunk a terheltségi mozzanatokat, hogy családjában alkati bántalmak előre mentek-e, és ha igen, minők? Volt esetem, a hol a gumma egész határozottan Jackson-féle epilepsia tüneteivel járt, a beteg fejére évekként azelőtt súlyos csapást mértek, melynek nyomai a helynek megfelelőleg heg és behorpadás alakjában fennállottak és így a Jackson-féle traumatikus epilepsia felvétele jogosultnak látszott. Egy másik esetben, melyre már fentebb céloztam, tuberculotikus kemény agyhártyalob támadt, vagy már volt jelen egy fiúnál, ki szintén koponyasérülést szenvedett.

Felette nehezen volt megállapítható a helyes kórisme egy ép, erőteljes férfinál, ki megvadult lovak által elragadtatott kocsijából kiröpítettén, feje esés közben az út szélén levő kőbe ütdött. Több napig tartó agyrázkódást szenvedett. A sérülés helye a homlok jobb dudorán volt, a csont jelentéktelen depressiójával. A beteg hetek múltán felgyógyult és rendes foglalatossága után látott és eléggé jól érezte magát. Csak később, hónapok múltán érzett agyában kellemetlen tompa érzést, a mely későbbben nyelési nehézségekkel kapcsolódott. Betegnél azután Jackson-epilepsiához egészen hasonló göresök keletkeztek, a melyek mind sűrűbbekké váltak, a mellett azonban időközönként lázas tünetek mutatkoztak, a melyek mindig nagy elbágyadással jártak.

Vége nagyobb fokú láz s göresös roham után a beteg hirtelen meghalt. A bonczolat kiderítette, hogy a kisagyban egy majdnem tyúktojás nagyságú tályog volt jelen, a mely áttört a 4-dik agygyomrocsba. Betegnél trauma ment előre és Jackson-epilepsia állott fenn, a mi beavatkozásra csábíthatott volna, főleg abban az időben, mikor én láttam a beteget és még fülgyuladásról nem panaszkodott. De mégsem tartottam a bántalmat, tekintettel a trauma helyére, tisztán Jackson-epilepsiának, mert a nyelési nehézségek, valamint az olykor jelentkező lázas mozgalmak óvatosságra intettek.

Látjuk tehát ebből, hogy vannak esetek, a midőn a kórisme helyes megállapítása nehézségekkel jár és hogy minden egyes momentumnak kellő megfigyelése és latba vetése mennyire szükséges. A mi ezen esetben az agytályog keletkezését illeti, a legnagyobb valószínűséggel állítható, hogy a homlokcsontnak erős odaütődése következtében az ellenoldalon contrecoup útján agyzúzódás történt, melyhez a fülből kiinduló, az emissariák útján vezetett infectio csatlakozott.

A mint fentebb említettem, a göresös rohamok megszüntet csak úgy várhatjuk, ha eltávolítjuk az agyról a nyomást és meg-

szüntetjük annak vongalását és izgatását. És ennek szemmel tartásával kerüljünk azért minden felesleges operatív beavatkozást akár az agyhártyákra, akár — főleg — magára az agyra. Eleinte azt hittük, hogy elégséges a behorpadt csontot és a kórosan elváltozott durát és agykérget eltávolítani és akár a felette volt, akár a szomszédból vett bőrlebeaanyel fedni az agy és agyhártyák helyét. De csakhamar kitűnt, hogy ezen eljárás, habár ideig-óráig megszünteti vagy enyhíti is a rohamokat, azoknak visszafejlesztésére elégtelen.

Az agy és agyhártyák sebei újabb hegek képződnek, összenő a bőrlebeany az agyfelülettel és annak kellő védelmet nyújtani nem tud. Fokozódik még a baj, ha a behorpadás és beékelés csontok nagyobb területet foglaltak el és így az agyat még inkább exponálják a légkör nyomásának, a heges vongálás által támasztott izgatásnak, a test és fej mozgásainál való rázkódtatásnak, mert ily esetekben hiányzik a liquor kiegyenlítő hatása. Tapasztalván ezen hátrányokat, arra határoztam magamat — és ugyan ezen tapasztalatokon okultak mások is —, hogy a koponyán támadt defectus kellő pótlásáról gondoskodni kell.

A hiány pótlása sokféleképpen történhetik és minden egyes esetben a kóros elváltozás minősége, kiterjedése határozza meg azt. Majdnem lehetetlen ezen csontplasticáknak minden egyes nemét felsorolnom, mert jóformán minden egyes eset más és más elbánást kíván, a mi a sebész inventiojától van függővé téve, de legalább a főbb vonásokban jelzem azon formulákat, a melyek alapján történhetnek a pótlások.

A legegyszerűbb plasticák egyike azon eljárás, midőn a csontot el sem távolítjuk, hanem bőr-periost csontlebeanyt készítve, a koponyalebeanyt ismét visszahajtjuk (Wagner-féle lebeany). Ez azonban csak azon esetben eszközölhető, ha a csonton elváltozás, behorpadás nincs.

A második categoriába tartoznak azon esetek, midőn a csont erősen be van horpadva, de az szálkásan, darabosan törve nincs, úgy hogy az egy darabban kivészhető. Ily esetben a kellő területen kivessük óvatosan a besüppedt részletet, rendesen kör vagy ovalis alakban és azt megfordított felületével (homorú részével befelé) ültetjük vissza a hiányba. Magától értetődik, hogy ezen felvétel, a plastica sikerülése szempontjából, csontszálkák és repedések képződése nélkül kell hogy történjék. Itt trepan-koronákat alkalmazni nem lehet.

A harmadik csoportba tartoznának azon esetek, mikor a csont nemesak behorpadva, hanem darabokra törve is van. Ily csontot visszaültetni nem lehetvén, vagy más helyről veszünk csontot (pl. tibia), vagy a mit jobbnak találtam, mert meg lehet adni a kellő domborulatot és homorulatot, ha megfelelő vastagságú és nagyságú aseptikus idegen testet, pl. celluloidot alkalmazunk a hiány pótlására.

Ha a bőr is hiányzik és az agy szabadon kisarjadzva vagy behámosodva a felszinen fekszik, a Müller-König-féle eljárás (a szomszédból áthajtott bőr-periost-tabula externa-lebeany) alkalmazható csak. Ezen eljárás különben egyéb esetekben is alkalmazható.

Ezen tipikus operálási módokkal a primaer osteoplasticát szoktuk végezni Jackson-féle epilepsia operálása alkalmával.

A secundaer osteoplastica mindazon eseteknél alkalmaztatik és alkalmazandó, a hol, akár heveny, akár idült legyen a baj, a defectus pótlása az első műtétnél nem történhetett, miután nyílt sebkezelést kellett alkalmazni. Ilyen esetek a sinus longitudinalis vagy transversus mentén levő depressio a sinus egyidejű sérülésével, mikor a vérzés esakis tamponaddal állítható el, vagy ha heveny koponyasérülés esetében a seb fertőzött, zúzott, úgy hogy nyílt kezelést kell alkalmazni. Ily esetekben a seb behegedése után rendszeresen szoktam végezni — akár mutatkozott már, akár pedig még nem Jackson-epilepsia — a defectust pótló műtétet. Ezen utóbbi esetek a leghálásabbak közé tartoznak.

Hogy sikereket érthessünk el az agychirurgiai műtétek terén, a helyes javalatokon kívül igen fontos szerep jut az operatív technikának; ha valahol, itt van helye a legszigorúbb és a legnagyobb következetességgel keresztülvitt asepsisnek, és azért ha prima infectiót célzunk, annak mindig meg kell történni. Ha már fertőzve kaptuk a sérült helyet, vagy ha más oknál fogva nyílt sebkezelés szükségeltetné, a sebnek megfelelő desinfectioja

kell hogy képezze feladatunkat. Ennek létesítése céljából a sebnak legpontosabb tisztántartását, naponkénti egy-kétszeres kötés-változtatással fogjuk eszközölni, mert csak így leszünk képesek megakadályozni esetleges további sebkórok fejlődését, milyenek agylob, genysülyedések, agysérvképződés, stb.

(Folytatása következik.)

Az idült vastagbélhurutok gyógyítása magas beöntésekkel.

Közli: *Áldor Lajos* dr. (Karlsbad.)

(Vége.)

I. Csoport.

1. S. . . . 18 éves leány, 1900. július 3-dikán jött kezelembe; egy év óta makacs székrekedésben szenved; székletéte 5—8 naponként van, hashajtók bevétele nem mindig eredményes, a székletét apró golyókat képez, melyek bőven vannak nyákkal borítva. Gyakran jelentkeznek göresös fájdalmak a hasban, úgyszintén fejfájások is. Az eddigi kezelés különféle hashajtók adagolásából állott, de az állapot egyre rosszabbodott. A beteg mellkasi szervei épek, has a colon lefutásának megfelelőleg kifejezetten érzékeny. Próbabélmosásnál a kifolyó folyadék nyálkás cszafatokat tartalmaz. Vizelet az indican-próbát erősen adja. Kezelés beöntésekkel áll váltakozva 2—3 liter 50° C. sprudellel; július 31-dikéig a beteg 18 beöntést kap; állapota a 10—12. beöntés után lényegesen javul és a 18-dik beöntés után a betegnek naponta van rendes széke, mely már nyákot alig tartalmaz. A betegnél teljes gyógyulás állott be, a mely azóta most már két és fél éve zavartalanul fennáll.

2. F. . . . 22 éves joghalgató 1902. augusztus 9-dikén consultál először. Három év előtti izületi csúzán kívül más betegségben azelőtt nem szenvedett. Két év óta makacs székrekedése van, mely minden kezeléssel daczolt, sőt az eddig alkalmazott különféle gyógyeljárások (massage, villanyozás, hydrotherapiái kezelés, hashajtók) az állapot határozott rosszabbodását eredményezik, úgy hogy 8—10 nap is eltelik, a nélkül, hogy a betegnek széke lenne. Ha spontan van székletét, az bőven tartalmaz nyákot. Gyakran intenzív fájdalmak vannak a hasban. Mellkasi szervek felett semmi eltérés, a hasban diffúz nyomási érzékenység, de sehol rendellenes resistentia. Próbabélmosásnál a folyadék mérsékelt mennyiségben nyákecszafatokat tartalmaz. Beteg augusztus 10-től szeptember 10-ig 20 beöntést kap, a beöntések abbahagyása után még tíz napig észlelem, a mely idő alatt bélműködés egészen normális, s azóta állandóan olyan is maradt, mint a hogy ezt a beteg környezetétől nyert értesítésből tudom.

3. B. . . . 69 éves gyáros, 1901. július 16-dikán consultált először. 5 éve szenved makacs székrekedésben, melyhez gyakran jelentékeny hastáji fájdalmak is járulnak; időnként nagyfokú étvágytalanság lép fel, s egész könnyű muló sárgaság. Az egész hasban mérsékelt nyomási érzékenység. Próbabélmosásnál a folyadékban kevés nyákecszafat, ellenben a bélsár nyákkal bensően van keverve. A beteg július 18-tól augusztus 10-dikéig 20 magas beöntést kap, váltakozva 1—2—3 liter sprudellel.

Jelentékeny javulás csak a 15.—16. beöntés után észlelhető. A beöntések abbahagyása után a betegnek naponta van normális consistentiájú, a táplálkozással arányos mennyiségű széke, s fájdalmak teljesen megszűntek. A múlt év augusztusában, tehát egy évvel a kezelés befejezése után, Észak-Amerikából, a melynek egy nagyobb városban lakik a beteg, levélileg tudat teljes jólétéről s hálából egy Amerikában használatos elmes készüléket küld be nekem, mely szerint alkalmas arra, hogy a beteg maga végezhesse a beöntést.

4. H. . . . 48 éves magánzó, 1902. július 5-dikén consultál először. Évek óta szenved makacs székrekedésben. Időnként kellemetlen felfújságérzése a hasban. A hasban a colon lefutása mentén mérsékelt nyomási érzékenység. Próbabélmosásnál a folyadék igen sok vékony nyákecszafatot tartalmaz. A karlsbadi ivókúra, a mit betegnek kezdetben rendeltem, eredménytelen, úgy, hogy július 21-dikén bélmosásokat kezdtem alkalmazni, s augusztus 7-dikéig 17-et végeztem. A 10-dik bélmosás után a bélműködés foko-

zatosan javul, s értesüléseim szerint a kúra befejezése után a beteg teljesen jól érezte s jól érzi magát a mai napig. Bélműködése egészen normális s emésztési zavarai egyáltalán nincsenek.

II. Csoport.

1. P. . . . 43 éves gyáros, 1900. év május 3-dikán consultált először. Körülbelül 10—12 év óta rendetlen székletben szenved, négy-öt napon át naponta többször diarrhoeák állanak fenn és a rákövetkező 5—6 napon át constipatio. A hasban állandóan nagy felfújság érzése.

Vizsgálatnál az erősen felfújt has a köldök körül mutat nyomási érzékenységet. Próbabélmosásnál sok nyákos, itt-ott véres cszafat látható. Vizelet erősen ad indican-reactiót. A beteg május 8—23-dikéig 10 magas beöntést kap (mennyiség 2—3 liter), a rövid kúra tartama alatt jelentékeny javulás nem észlelhető, de annak befejezése után a beteg állapota jelentékenyen javul; a következő két évben megismételt kúra hasonló szembeötlő javulással jár a már több mint 10 éves bajnak.

2. L. . . . 54 éves földbirtokos 1902. év május 27-dikén keres fel. Két év óta szenved hasmenésekkel váltakozó székrekedésben, időnként, különösen a hasmenések idején, heves alhasi fájdalmak. Bélsár sok nyákot tartalmaz. Május 29.-étől június 15.-éig 15 magas beöntést kap 1—2½ liter sprudellel. Már az első 3 beöntés után naponta van normális széke, a beöntésre használt folyadékot 5—6 órán át képes tartani és azután is annak csak kis része távozik. A kúra befejezése után a beteg teljesen tünetmentes.

3. D. . . . 38 éves földbirtokos, 1902. június 10-dikén keres fel. Baja 1½ év előtt gyomornyomással és étvágytalansággal kezdődött. Ezen idő óta rendetlen a székletéte, napokon át constipatio áll fenn, majd erős fájdalmak jelentkeznek a hasban, melyek csak akkor szűnnek meg, ha egy-néhány bö diarrhoikus székletét következik, mely nagy cszafatokban, mondhatni hátyákban tartalmaz nyákot. Betegsége tartama alatt 12 kilót soványodott. *Tauszk Ferencz* egyetemi m. tanár úr, ki a diagnosit enteritis membranaceára tette, szíves volt a beteget azzal hozzám utasítani, hogy bélbeöntéseket alkalmazzak. Június 12-től július 2-dikéig a beteg 20 magas beöntést kap (2—3 liter), mely idő alatt állandó a diarrhoea és sok nyák távozik. A beteget a beöntések bevégezése után még egy héten át észlelem, mely idő alatt az állapotban feltűnő javulás észlelhető, naponta egyszer van a betegnek pépes, nyákot alig tartalmazó széke. Utókurára hydrotherapeutikus kezelésre a beteget Új-Tátára-Füredre küldöttem, a honnét vett értesüléseim szerint a kúra kedvező eredménye tartós.

4. B. . . . 23 éves hivatalnok, 1901. augusztus 4-dikén consultál először és előadja, hogy a múlt év novemberében diaetahiba után hirtelen erős fájdalmaktól kísért hasmenés állott be, a székletét is véres volt, a hasmenések megszűnte után makacs székrekedés jelentkezett. Ez az állapot azóta egyre ismétlődik, rendes széke soha sincs, vagy hasmenés vagy constipatio, különösen az utóbbi okoz a betegnek nehézségeket, mert bármilyen hashajtó bevételeit jelentékeny hasfájdalmak követik. ½ év alatt 5—6 kgr.-ot veszített súlyából. Fizikális vizsgálat negatív eredményű; próbabélmosásnál igen sok nyákecszafat. A beteg augusztus 7-dikétől augusztus 25-dikéig 17 beöntést kap, naponta 2 liter sprudellel. A beöntések alatt állandóan egyszer naponta van széke, mely azonban híg; azok abbahagyása után már teljesen normális székletét, közérzete teljesen zavartalanává válik, és ilyen az ma is.

5. U. dr. . . . 36 éves orvos, 1897-ben fordul először hozzám és előadja, hogy 5—6 év óta heves hastáji fájdalmakban szenved, és ugyanezen idő óta székrekedés váltakozik nála hasmenésekkel, az eddig folytatott különféle kúrák alatt az állapot csak rosszabbodott, eredménytelen volt a karlsbadi ivókúra is. 15 magas beöntésre (2—3 liter) az állapot jelentékenyen javul, de nagyobb időközönként még mindig lépnek fel fájdalmak és nyákos híg székletetek, úgy hogy a collega a következő 1898. évben azzal a kéréssel keres fel ismét, hogy alkalmazzam ismét a magas beöntéseket. Az akkor ismételt alkalmazott 20 magas beöntés után teljes gyógyulás áll be, a mi a mai napig, tehát 5 év eltelté után is fennáll.

III. és IV. csoport.

1. F. . . né 37 éves, gyárigazgató neje, 1900. június 22-dikén keres fel először, 5 év óta fennálló fájdalmas hasmenés miatt. Naponként sokszor, 10—12-szer jelentkeznek főleg vízből és nyákból álló bélürülések. Jelentékeny lesóványodás. Június 25.-étől augusztus 20.-áig 15 beöntést kap (1—3 liter); a fájdalmak csakhamar megszűnnek, és a beteg távozása után értesít, hogy a hasmenések teljesen normalis székeknek adtak helyet. 1902. áprilisában a beteg ismét felkeres azzal, hogy két hónap előttig teljesen jól érezte magát, közben erősen meghízott, de két hónap óta székrekedésre van hajlama.

2. B. . . 38 éves gyógyszerész, 1902. júl. 16-dikán 1½ év óta különösen éjjel jelentkező hasmenései miatt keres fel, melyek 2—3-szor ismétlődnek egymásután, fájdalmakról nem panaszkodik és az objectív lelet is teljesen negatív. Próbabélmosásnál kevés nyákezfát látható.

Július 18-dikától augusztus 8-dikáig 19 magas beöntést alkalmazok (1—2 liter). A kúra befejezése után hasmenések többé nem ismétlődnek.

3. B. . . 50 éves kereskedő, 1901. július 3-dikán 15 év óta fennálló hasmenései miatt keres fel, melyek ellen évek hosszú sora óta eredménytelenül folytatja a legkülönfélébb kurákat. Physicalis vizsgálat a flex. sigm.-nak megfelelő jelentékeny nyomási érzékenységen kívül negatív. Próbabélmosásnál a folyadék igen sok apró nyákezfát tartalmaz. Július 4-dikétől 24-dikéig 16 bélmosás (1—3 liter), az igen érzékeny beteg a bélmosásokat minden fájdalom nélkül tűri és azok befejezése után jól érzi magát, hasmenései megszűntek és 1902. június 17-dikén azzal keres fel, hogy állapota jelentékenyen javult, az azelőtt 15 év óta majdnem folyton fennálló hasmenések csak ritkán, durvább diatahiák után jelentkeznek.

4. W. . . 9 éves leányka, 1898. májusban 4 év óta fennálló fájdalmas hasmenései miatt keres fel. A has a colon lefutásában nyomásra mindenütt igen érzékeny. A kis betegnél 12 beöntés után (1½—2 liter) teljes gyógyulás jön létre és most már több mint öt éve jól van.

5. K. . . dr. 52 éves orvos, 1900. július 27-dikén consultál 10 éve óta fennálló gyakori hasmenések miatt, melyeket az utolsó 2—3 évben erős tenesmus kísér. Heves és gyakori ugyancsak évek óta fennálló fejfájások. A széklettel igen sok nyák, de vér sohasem távozik. A beteg már hosszú idő óta igen szigorú, főleg fehérjéből álló diatán él. Étvágya fokozott, ennek dacára az utolsó évben jelentékeny lesóványodás. Az igen magasintelligenciájú collega a fennálló fejfájásokat az egyoldalú fehérjekoszt következményeként tekinti. A szervek felett semmi eltérés, máj, lép nincsenek megnagyobbodva, a has a colon lefutása mentén nyomásra mérsékelten érzékeny. A gyomorfunctiók vizsgálata normális motorikus viszonyokat, de kifejezett hyperchlorhydriát (szabad HCl = 50%; összaciditás 90%) derít fel. A beteg 15 beöntést kap (1—3 liter). A kúra után jelentékeny javulás, mely körülbelül ¾ évig tart; az ismét jelentkező hasmenések miatt 1901. augusztusban ismét felkeres és 18 magas beöntés kap; ez a kúra már a kívánt eredményt nem hozta meg; a hasmenések, bár ritkábban és kevesebb fájdalmakkal, de elég gyakran jelentkeznek, de az utolsó évben egy kielégítő latens stadium állott spontán be.

6. P. . . 36 éves hivatalnok, 1902. augusztus 2-dikán keres fel. Három év előtt meghűlt, azóta kisebb megszakításoktól eltekintve állandó, naponta 5—6-szor ismétlődő fájdalmas hasmenései vannak. Jelentékeny lesóványodás. Szervek felett physikalis eltérés nem mutatható ki, a has nyomásra diffúz érzékeny. Próbabélmosásnál sok kis nyákezfát, augusztus 2-dikától 27-dikéig a beteg naponta 2 óránként 25 cm³ forró sprudelt iszik. Eredmény nem kielégítő, úgy hogy augusztus 23-dikán beöntéseket kezdek alkalmazni és szeptember 25-dikéig 20-at végzek. A kúra után a beteg hasmenései a fájdalmakkal együtt megszűntek és teljes gyógyulás áll fenn a mai napig.

7. F. . . dr. 30 éves ügyvéd, 1900. augusztus 8-dikán keres fel. Anyja bélbajos. Gyermekkora óta hajlamos hasmenésre, hat év óta azonban naponta 5—6-szor van csikaró fájdalmak által kísért híg széke. Az utolsó évben 6 kgm.-ot veszített súlyából. Széke nyákezfát tartalmaz, vért soha. A has a flex. sigm.-nak

megfelelőleg nyomásra igen érzékeny. Beteg augusztus 9-dikétől 30-dikáig 16 beöntést (1—3 liter) kap; fájdalmak már a kúra tartama alatt megszűnnek és annak befejezése után naponta legfeljebb kétszer van időnként kissé pépes, de a normálishoz közelálló széke. A betegnél ugyan visszamaradt egy locus minoris resistentiae, de állapotában most már több mint két éve tartós és jelentékeny a javulás.

8. W. . . 46 éves kereskedő, 1900. július 6-dikán consultál 13 év óta fennálló hasmenései miatt. Székletét sokszor heves fájdalomtól van kísérve, és többnyire híg, nyákos; sokszor naponta 8—10-szer is jelentkezik. Gyakori fejfájás, váltakozó étvágy és nagyfokú izgatottság zivatarok közeledésekor és azoknak tartama alatt. Rendkívül élénk patellaris reflexek, prompte reagáló pupillák. A has nyomásra a köldök körül érzékeny. Betegnél 14 magas beöntést végzek; eredmény nem kielégítő; a kúra befejezése után néhány héten át jelentékeny a javulás, de csakhamar recidiva lép fel.

9. B. . . né, 36 éves, hivatalnok neje, 1900. június 6-dikán keres fel, két év óta fennálló hasmenés miatt, mely idő alatt 14 kgm.-ot veszített testsúlyából. Physicalis vizsgálat negatív, a hasban sem resistentia, sem érzékenység. Betegnél 16 beöntés teljes gyógyulást hoz létre, mely most már két év óta változatlanul fennáll.

Az itt kivonatossan közölt kórtörténetek, úgy hiszem elegendő jogcímet adnak az általam követett eljárás ajánlására. Szándékosan választottam ki főleg olyan eseteket a közlésre, a melyeknél a bántalom már igen régi keletű: több olyat találni a közölt esetek között, a hol a bélhurut 5—6 éve hogy fennáll, s nem egy olyat, a hol a baj 10, vagy még több évre nyúlik vissza. A közölt esetekben továbbá képviselve van a bélhurutnak minden alakja, nyilvánuljon az akár székrekedésben, akár hasmenésekben, akár a kettőnek a variatiojában, úgy hogy épen ezen körülmények következtében felmentve érzem magam a további casuistikus adatok felsorolása alól, ép úgy mint a hogy feleslegesnek látszik előttem az eljáráshoz további fejtegetéseket fűzni. A mit nyomatékosan ki akarok emelni, az az eljárásnak minden káros következményektől való mentessége. Sem az alkalmazás tartama alatt nem jönnek létre jelentékeny fájdalmak, sem káros utóhatást egyetlen egy esetben sem észleltem.

Ennek az eléréséhez semmi egyéb nem szükséges, mint az eljárás különben igen egyszerű technikájának minden apró részletében való szigorú betartása úgy, a hogy azt leírtam. Hogy folyadékot ilyen nagy mennyiségben alkalmazhatunk, a nélkül, hogy azok számbavehető fájdalmakat okoznának, bizonyítja a III. 4. alatt közölt eset, a mely egy 9 éves leánykára vonatkozik, a ki a nap-nap után alkalmazott (2 liternyi) beöntéseket minden fájdalom nélkül tűrte, és a kinél minden káros utóhatás nélkül az eljárás még a mai napig is fennálló teljes gyógyuláshoz vezetett. Ez az egy eset — többel a gyermekkorból nem is rendelkezem — ezen gyógyeljárásnak a gyermekpraxisban való alkalmazására is felhívhatja a figyelmet.

Nem észleltem azt sem, hogy nagymennyiségű folyadéknak huzamos időn át való intrarectalis alkalmazása utólag a bélfalnak gyengeségét, atóniáját eredményezte volna; a III. cs. I. sz. alatt leírt esetben két évvel a beöntések alkalmazása után csekélyfokú renyheség lépett ugyan fel a bélműködésben, de a causalis nexust ebben az egy esetben is kizárja az utóbbinak csak két év eltelte után való fellépése, a mikor a beteg erős hízásnak indult, és a hízás főleg a hasfalakon volt a legkifejezettebb.

A mi a hatás módjának magyarázatát illeti, kétségkívül nek tartom, hogy itt első sorban a nagy folyadék-quantumnak mechanikus tisztító hatása jut érvényre teljesen analog módon, a mint a gyomormosások hatnak idült gyomorhurutnál; másodsor a karlsbadi vizeknek az empyria által kétségtelenné vált anticatarrhalis hatása, mely localisan és magas hőmérsék mellett alkalmazva eredményesebben érvényesülhet. A felsorolt esetek között is találhatunk akárhányat, a melyeknél az eljárással gyógyulást el nem értem, ezek kivétel nélkül igen régi, 10 vagy még több évre visszanyúló esetek, a melyeknél radicalis gyógyulás a betegség hosszú tartama alatt létrejött irreparabilis boncz-tani elváltozások miatt már semmiféle gyógyeljárástól nem várható. De ha azokat az ugyancsak hosszú évek óta fennálló

eseteket nézzük, a melyeknél az eljárás teljes tartós gyógyulást eredményezett és látjuk, hogy mindegyikében ezen eseteknek előzőleg a legkülönbözőbb gyógyeljárások lettek kevés vagy éppen semmi sikerrel alkalmazva, úgy azt hiszem, hogy némi joggal ismételhetem azon meggyőződésemet kifejezését, hogy az általam követett gyógyeljárás az idült primaer vastagbélhurutnak legradikálisabb gyógyításmódja, mely eredményeiben a most általánosan elterjed gyógyítási eljárásokat messze felülmúlja.

A bakteriuria.

Irta: Ráskai Dezső dr. műtőorvos.

(Folytatás.)

Kétségtelen, hogy az eredet pontosabb meghatározását csak a vizeletnek elkülönített felfogása adta volna meg.

Pedenko egy esetet említ, a hol staphylococussal fertőzött kéztőizületgyulladás után másodlagosan nephritis lépett fel bakteriuriával. Voltak esetek, a midőn csak nephritis interstitialis ment előre, mint Krogus és Rovsing esetében. Ez utóbbi szerző egy esete colon ascendens rákjával birt és amyloid vesével.

Ugyancsak Rovsing egy beteget, ki 19 évig volt beteg, traumatikus eredetű hydronephrosis miatt nephrectomizáltatott, tiszta bakteriuria képét mutatta.

Egy esetemben renalis haematuriával kapcsolatosan lépett fel bakteriuria. Az eset a haematogen bakteriuria typusának tekinthető. A bakteriuria fellépése muló bélzavar idejében vesevérzéssel párosulva, azon felvételünk jogosultsága mellett szól, hogy a bakteriuria fellépésekor a vizeletben talált bakteriumok a véráramban keringtek és a rákosan megbetegedett, tehát átbocsátó képességében módosulást szenvedett vese útján mutatkoztak a vizeletben.

Az eset a következő: 1900 január hónapban Krizsán Mihály, 54 éves órás, keresett H. H. kartárs ajánlata folytán vérvizelés panaszával fel.

Első vérzése egy hónap előtt, ez ideig teljesen egészséges volt, a mostani vérzés a harmadik. Ezt megelőzőleg 10 nap előtt, a vérzések két-három napig tartottak, fájdalom által nem kísérték.

Beteg azt hiszi, hogy nehéz székelésével járó megerőltetés folyamánként lépnek fel.

A mostani vérzés a vizelet különös szaga által különbözik az előbbiektől és már négy nap óta tart. Két napja igen erős (napjában 8—10-szer) göresős fájdalmak által kísért hasmenése van. Az elég erőteljes beteg köztakarója és látható nyákhártyái vérszegények, gyengén sárgásan festenyezettek, halványak. Has felfúvódott, érzékeny. Jobb májleány három ujjnyira a bordaív alá terjed, sima felületű. Vese nem palpálható, tájára gyakorolt nyomás mindkét oldalt érzékeny.

Vizelet barnás-vörös, zavarosan áttetsző, büzös. Vegyhatása közömbös, fajsúlya 1017.

Góreső alatt sok vörös vérsejt, tömérdek apró pálczika.

Agarra oltva bő, nagyon áttetsző, élesen körülírt, egyes helyeken összefolyó lencsenyi coloniák, melyek rövid, vastag, egymástól messzire eső, nem mozgó bacillusokból állanak, melyek Gram szerint nem festődnek.

Bouillonban diffúz zavarodás, homokos üledék, kénhydrogen szag, hat nap múlva indolreactio.

Gelatina-lemezen elszórt, kissé csipkézett szélű coloniák.

Szűrési coloniák kissé lapos fejjel birnak, gelatinát nem folyósítják.

Tejet coagulálja.

Steril vizeletbe oltva, négy nap múlva gyengén savi vegyhatású.

A bakteriuria a bakterium coli csoportjához tartozó *bakterium lactis aërogenes* által okozott.

A vérzések a betegnél három nap múlva megszűntek.

Húgyeső 23 Char. számára könnyen átjárható. Hólyagfal sima, contactus iránt nem mutat fokozott érzékenységet.

A befecskendezett 3% bórsavoldat tisztán jön vissza. Hólyag 350—400 gm. folyadékot feszülés érzése nélkül tűr el.

Február 3-dikán végzett cystoskopikus vizsgálat kissé ereszettebb, különben vérszegény nyákhártyát mutat.

Február 11-dikén újra vérzés, másnap irrigatio melletti hólyagtükrözés az előbb leírt képet adja. A cystoskopiánál segédkező kartárs által a jobb vesetájra gyakorolt nyomásra a jobb ureterből világos-piros vér lövel.

Vizeletben bakteriumok nem találtak.

Március 14-dikén négy napos obstipatio után lázas bélhurut. Ugyanakkor öt napig tartó, az előbbieket intenzitásban felülmúló vérvizelés. Bakteriuria.

A mindinkább gyengülő beteg interventiomra a szt. István-kórház VII. orvosi osztályára vétetett fel, a hol folyton fokozódó cahexiában augusztus 5-dikén meghalt.

Klinikai diagnosis. Carc. renis cum metast. ad hepat. A Genssich tanár úr által végzett boncsolás eredménye: carcinoma medullare renis ad pelvim et ad venam renalem propagans et cum tumore magno in vena cava, metastases magni canerosi hepatis medullares et parvulae in pulmonibus. Atrophia, anaemia universalis, hydrops incipiens, ascites, hydropericardium, oedema pulmonum.

A hólyagból vett két részlet (bemenet és jobb ureterszájadék kimetszése) postmortalis elváltozások lezámításával teljesen ép szövettani képet nyújt.

Ez esetben a bakteriuria felléptét mindenkor elég súlyos bélzavarok előzték meg.

A vérvizelés fellépte többször észlelt attaqueok alatt teljesen bakteriummentes volt. A bakteriuriától kísért vérvizelések alatt a bélaffectio folytán megváltozott körérzet, nagyfokú levertség, subfebrilis, egy esetben febrilis állapot volt jelen. Azon felvétel tehát, hogy ezen esetben a különben bakteriummentes vérvizelés bakteriumokkal és pedig béleredetű bakteriumok által lett fertőzve és hogy ezen bakteriumok a véráram útján kerültek a jobboldali rákosan beteg vese útján a vizeletbe, a vérbe a bélből való felszívódás útján jutva, indokoltnak látszik.

A viszonyok itt teljesen azonosoknak mondhatók azon esetekkel, a midőn a renalis eredetű bakteriuria infectiosus nephritis folytán mutatkozik, ugyancsak a vesék változott átbocsátási képességükben találva magyarázatukat.

Az irodalomban közölt bakteriuria-esetekben a vesék közelében lejátszódó lobos vagy neoplastikus folyamatokkal egybekötött vagy azok következtében fellépett összenövés, a vesék sérült volta melletti nagyobb permiabilitásával együtt, szolgálnak az e fajta renalis bakteriuriáknak magyarázatul; adják egyszerűsített magyarázatát ezen renalis bakteriuriák ritkaságának, a menyiben létrejöttükhöz számos körülmény együttműködése kívántatik meg. A renalis bakteriuria sokkal gyakoribb faja az, a mely elsődleges vagy másodlagos infectiosus nephritis folytán lép fel. Nem szólva azon esetekről, a midőn általános fertőző megbetegedés kíséretében történik a véráramban keringő bakteriumoknak átbocsátása a veséken és kiürítése a húgyesővön át.

c) A külvilággal való véletlen communicatio folytán való behatolása a bakteriumoknak a hólyagba képezi a közvetlen infectio harmadik féleségét.

Az egyik esetben a bél- és hólyaghüvellyel carcinomájáról volt szó (Rovsing XVII. eset); a másikban egy betegnél, kinek strictura folytán urethrectalis fistulája fejlődött, bakteriuria jött létre. Ezen fistula urethrotomia és urethoplastika után gyógyult bakteriuria visszamaradásával. Bizonyos, hogy itt az infectio a coli bacillusnak a végbélből az urethra hátsó részébe való átvándorlása útján keletkezett. Egy 53 éves asszony (Rovsing), kinek hólyag-tumora volt, hasonlóképen coli bakteriuriát mutatott.

d) Végül már érintett féleségről az infectio módjának kell szólnom, arról, a melyben a mikrobák a nyirk- vagy vérpályán át jutottak a hólyag epithelje alá és azon keresztül okozták a hólyag infectióját.

Reymond ezen eshetőség létezését kísérletei és cystitis betegek megfigyelése alapján hiszi.

A peri- és parametritikus góczok, az összes intra- vagy subperitonealis abscessusok a hólyaggal falaik összetapadása folytán érintkezésbe léphetnek és Reymond biztos eseteket említ, a melyeknél a fertőzés ezen úton jött létre és ha ezen úton cystitis jön létre, miért ne jöhetne létre bakteriuria is, a mely csak gyengített infectiót képvisel. A szöveteken való átvándorlás felvételét támogatja Wreden kísérlete, ki azonban vérvizsgálatot,

a mint azt Posner kifogásolta, nem végzett. Vannak egyes klinikai megfigyelések, a melyek szintén ezen felvétel mellett szólnak.

Barlow esetében anafissurával lépett fel és ennek meggyógyulásával szűnt meg a bakteriuria.

Krogus esetében vérzéssel járó klyisma útján jött létre. Ehhez hasonló megfigyelést irtam le „A cystitis aetiologiája” című dolgozatomban 1898-ban. (Obs. VI. Dysenterikus vastagbélhurut ellen keményítő-beöntéseket használt, a kemény ruggyantából készült 12 cm. hosszú irrigator-illesztéssel végbelét megsértette. Tenesmusokkal járó cystitis lépett fel, staphylococcus pyogenes aureus által előidézve.)

A vérpálya útján történő fertőzést Posner állatkísérleteinek analógiája alapján lehet megmagyarázni, klinikai támogatása azonban ezen állatkísérleteknek nincs. A vér bakteriológiai vizsgálata Barlow, Sittmann, Krogus, Schottelius és Reinhold esetében negatív volt. A cystoskopikus vizsgálat az ureterekből jövő vizeletet tisztának mutatta.

A kérdés annyiban actualis, a mennyiben tuberculotikus infectiohoz hólyagtuberculosis ilyen feltételek mellett társulhat és így nem lehetetlen az infectio ezen módusát más csirokra is alkalmazni.

E helyütt megemlítjük, hogy Ultzmann malariát és zárt levegőjű helyiségekben való tartózkodást kedvezőnek tartott a bakteriuria lérejöttére nézve. Goldberger is észlelt malariánál bakteriuriát.

Ha az itt felsorolt eshetőségekre visszatekintünk, nem zárkozhatsz el az elől, hogy sok esetben a kielégítő magyarázat híján vagyunk, ennek nyílt bevallása csak a további kutatások útját egyengeti.

Saját, valamint Rovsing esetében is, a bakteriuria a vesében lezajló helyi folyamatok által idéztetik fel; mindannak dacára csak hypothetikus magyarázatát adhattuk annak, hogyan ürültek a bakteriumok a vesébe és a vesekehelybe.

Az összes eshetőségek közül kétségtelenül legvalószínűbb a bakteriuria átvándorlása a belekből, közvetlenül a szöveteken át, vagy a nyirkpályák útján, a minél a kankó complicatioival igen fontos szerepet játszik.

Ha már a bakteriumok hólyagba jutásának kielégítő magyarázatát adtuk is, nem kevésbé fontos és rejtélyes kérdés előtt állunk, ha kérdezzük, hogyan lehetséges a hólyagtartalom fertőzöttsége a hólyag falának teljes épsége mellett. Azaz, hogyan jöhet létre bakteriuria cystitis nélkül és a hólyag infectióját tisztán csak a bakteriumok jelenléte árulja el.

Guyon⁸⁰ thesise szerint, a melyet iskolája experimentalisan is beigazolt, bakteriumok behatolása a hólyagba egymagában, segítő okok nélkül (trauma, retentio, congestio), nem képes cystitist létrehozni. Egészséges és összehúzódásokra képes hólyagnál a mikrobák hatásukat, a hólyag meglobosodását kifejezni nem képesek. Látjuk ezt nemcsak a katheterek útján bevitt fertőzések-nél, hanem általános fertőzések-nél is, a hol a vesék által tömredék bakterium ürítette ki, sem nephritist nem okoz, sem cystitist nem hoz létre.

A viszonyok megváltoznak, ha a hólyagba a bakteriumok rendkívüli tömegben jutnak, ha azok virulentiája rendkívül erős, ha a vizelet vegyi összetétele változott meg és ha localisan a hólyagot trauma érte, nyákhártyája meg van sértve, ha vérbőség van jelen és ha a hólyag retroprostatikusan ki van mélyítve és itt stagnál a vizelet. Minél teljesebben vannak ezen viszonyok megadva, annál bizonyosabban jön létre a hólyagtartalom, esetleg a hólyagfal fertőzöttsége. A körülmények kedvezőtlen volta mellett a fertőzés legenyhébb foka bakteriuria alakjában jön létre, kedvezőbb körülmények között, a fertőzés cystitist produkál, genyvizeléssel, gyakoribb és fájdalmasabb ingerrel. Így megtörténhetik, hogy a bakteriuria mintegy intermediaer állapotot képez az első fertőzés és a cystitis kifejlődése között, megtörténhet, hogy míg az első stadiumban csak bakteriuria volt jelen, a segítő körülmények hozzájárulásával cystitis vagy ascendáló cystopyelo-nephritis jön létre.

A mint már említettük, a bakteriuria kérdésébe az ide nem tartozó esetek sok homályt hoztak és csakis bizonyító és kiegészítő kísérletek alapján tudjuk megérteni a bakteriuria pathogenesisét és megmagyarázni hogy

a) hogyan telepedhetik meg és hogy

b) hogyan maradhat állandóan meg?

Ha már az aetiológiát nem tekintjük egészen tisztultnak, úgy még kevésbé tudjuk, hogy a bakteriumok a húgyapparatusban hol tartózkodnak és termelődnek, ha már egyszer a vizeletbe jutottak.

Megmagyarázhatatlan különösen, hogy contractiókra képes, residualis vizeletet nem tartalmazó hólyagban, a hol tehát a maradék vizelet tenyésztalajt nem képezhet, hogyan szaporodhatnak el a bakteriumok. Hogy a nyákhártyában székelnének, a nélkül, hogy ott lobtűneteket okoznának, valószínűtlen. Szöveti vizsgálatom ép nyákhártyát mutatott, a végzett sectióknál a makroszkopikus külem sem mutatott eltérést. Ugyanez mondható azon esetekről, a melyekben a cystoskopikus vizsgálat végeztetett.

Közlemény Kocher tanár berni sebészeti klinikájáról.

A coxitis tuberculosa műtéti kezeléséről.

Irta: *Manninger Vilmos* dr. kórházi segédorvos.

(Folytatás.)

Nézzük kissé közelebbről azokat az okokat, melyek a működésre hátrányosan folynak be, hogy az esetek utókezelésénél ezek kerti-lésére tekintettel lehessünk.

A) A működésre kétségtelenül a végtag rövidülése bir a leghátrányosabb befolyással. E rövidülés két tényező eredménye: a csont megrövidüléséből és a czombesontnak a medenczén való feleszúsásából tevődik össze. A rövidülést középértékben 4-8 cm.-re tehetjük. Minthogy az esetek többségében a czombesont felső epiphysise kiméltetett, másrészt ez epiphysis vonal a csont hosszirányú növekvésére alig bir számottevő jelentőséggel, a czombesont rövidülését, ép úgy mint az alább említendő atrophíát, a functiós ingerek kiesésének kell betudnunk. Nagyjában az inactivitási atrophia csoportjába kell tehát sorolnunk, ép úgy, mint a megfelelő medenczefél atrophiját, melyet a Röntgen-felvételeken végig követhettem.

Másodszorban szerepel a rövidülésnél a czombesontnak a medenczén való feleszúsása. Mértéke a trochanter csúcsának a Roser-Nélaton-vonalhoz való viszonya. E távolság eseteinknél átlagban 2-3 cm.-t tett ki. E jelenség okát az izvápa kiszélesedésében kell keresnünk. Az izvápa legmagasabb pontján illeszkedik be a megkisebbedett fejecs.

B) Igen fontos a működés szempontjából a contractura-állás mérlegelése. Egy eset kivételével flexiós contracturát látunk eseteinknél, mely átlag 30°-ot tesz ki. Adductiós contractura az esetek felénél, középértékben 20°-nak megfelelőleg volt jelen. Mindkét alakja a rövidülést fokozza. Az adductiós contractura magasabb fokainál a megfelelő medenczefél emelkedik, míg kisebb fokainál ez nem következik be. A czombesont kisfokú adductioja mellett ugyanis compensatiós genu valgum fejlődik. A statikus viszony e megváltozása teszi lehetségessé a járást.

C) Mint harmadik körülmény szerepel az izmok atrophijája. A rövidülést magas talp, vagy nagy fokánál prothesis segítségével kiegyenlíthetjük. Ennek dacára a betegek minden lépésnél megbillennek. Ennek magyarázatát abban kell keresnünk, hogy az atrophias izmok nem képesek a medencze, illetve a czombesont rögzítésére. Hozzájárul ehhez még azon körülmény, mely a veleszületett csípőizületi ficzam és a coxa vara egyes alakjainál a sántitást vagy helyesebben mondva a billegő járást magyarázza. A trochanter magas állása, az izmok atrophijája folytán a glutealis izmok tapadási pontjai közelednek egymáshoz. Még teljes összehúzódás mellett sem képesek az egyenletes járáshoz szükséges medenczerögztetésre. Hogy ez a helyes magyarázat, annak bizonyosságát abban láthatjuk, hogy a rövidülés kiegyenlítése mellett a betegek bottal biczenés nélkül képesek járni, míg bot nélkül ez lehetetlen. A bot használásánál ugyanis a test súlyát a karok veszik át. Az izmok atrophijája és megrövidülése magyarázza azt, hogy a járás azon eseteinknél volt a legjobb, melyek vagy teljesen ankylosist mutattak, vagy a melyeknél a mozgás igen korlátozott volt.

A gyógyult esetekről készített Röntgen-felvételeink az elmondottakat kiegészítik és magyarázzák. Az összes eseteknél igen

feltűnő a medence asyymetriája, melynek foka a csomabesontón látható atrophianak felel meg. A functio jósa fordított viszonyban áll az atrophia fokával. Minél nagyobb fokú az utóbbi, annál rosszabb a járás. Az atrophiat azonban másodlagosnak kell tekintenünk.

Legkifejezettebb azoknál az eseteknél, melyeknél hosszabb ideig sipolygenyedés állott fenn, mely viszont a beteg végtag kimelésére vezetett. Az atrophia pedig a csont hosszönvésének megakadásához vezet. Így keletkezik azon circulus vitiosus, melynél végül nem vagyunk képesek a kiinduló pont megelésére.

Feltűnő volt azon körülmény, hogy a járás legjobb azon két esetben volt, melyeknél a Röntgen-felvétel nagy periostealis csontképződést mutatott s melyeknél ennek folytán a mozgás minimalis volt. A Röntgen-képeken található viszonyok mindenképen arra utalnak, hogy az utókezelésnél főleg két dologra kell tekintettel lennünk. Először is arra kell ügyelnünk, hogy a resekált végtagot a functióra kedvező helyzetben tartsuk meg és kerüljük a mozgatas erőltetését, a mint az a jó állás rovására történhetné. Másodszor — és ez talán még fontosabb — legyünk azon, hogy a végtag functiós megterhelését minél korábban foganatosítsuk, a mely megterhelés a legjobb physiologikus inger arra, hogy a végtag működésére oly hátrányos atrophia be ne következék.

A működésre hátrányos tényezők kerülése azért ütközik annyi nehézségbe, mert az utókezelést rendszeren nem ellenőrizhetjük végig. Betegünk a mütéti seb gyógyulása és a mozgások visszatérése után elhagyták a kórházat. Mindnyájuknak ajánlatott, hogy hosszú ideig, legalább is hónapokig otthon éjjelre extensziós készüléket alkalmazzanak, miután annak kezelését a kórházban megtanulták. Kevésnek volt módjában, hogy a végtag kimelésére, a contracturák kerülésére az első időre tokos készüléket készítsen.

Az utólagos vizsgálatnál kiderült, hogy e tanácsokat a betegek csak elenyésző töredéke fogadta meg. Java részük egy ideig ágyban maradt, extensio, kötés, orvosi ellenőrzés nélkül; majd felkeltek és járkáltak, ki a hogyan tudott, nem ügyelve a fejlődő contracturára, melyet a compensatiós lordosis, a medence süllyesztése elfedett. A fájdalmak megszűnésében, a közérzet jóvoltában kell keresnünk az okot, hogy a betegek a mütét után az utókezelést annyira elhanyagolják.

A betegek ez indolentiáját legmeggyőzőbben mutatja a sipolygenyedések elhanyagolása. Az operált betegek 36%-ában lépett ez fel, rövidebb-hosszabb idővel a mütéti seb begyógyulása után. Minthogy a genyedés nem nagyfokú, nem fájdalmas, a betegek csak 15-9%-a fordult orvosi tanácsért a klinikához. Ezek baján kisebb-nagyobb mütéttel könnyen lehetett segíteni, mert rendszeren apró, eltolt góczból indult ki a sipolyképződés. A többi betegen vagy magától gyógyultak be a sipolyok, részben még ma is fennállanak.

Sokkal kedvezőbbek az eredmények, ha csak arra tekintünk, mennyiben voltak képesek a mütéttel használható végtag megtartására. A betegek nagy része képes arra, hogy kenyerét megkeresse. A lakásban támasz nélkül képesek munkájuk elvégzésére és csak hosszabb útra kénytelenek bothoz fordulni. A rossz eredményekhez számítom azokat a betegeket, a kik csak fél-óraig képesek kifáradás nélkül járkálni; a betegek közül többen óráig képesek hegyet mászni, és képesek erre az elég tetemes rövidülés és contracturák dacára. A szervezet ugyanis sok eszközzel rendelkezik, melyekkel e hátrányokat kiegyenlítheti. Ilyenek a compensatiós lordosis, a medence süllyesztése és a lábujjhegyen való járás stb.

A coxitis kezelésének összehasonlító statistikája.

Az utóvizsgálatoknál talált eredmények legfontosabbjainak e rövid ismertetése után térjünk át a coxitis kezelésénél található végeredmények összehasonlítására. Az óriási irodalomnak csak kis töredéke állott rendelkezésemre. Felhasználtam a berni, zürichi

és strassburgi egyetemi könyvtárak anyagát, hogy lehetőleg egyöntetű anyagot gyűjtsék e célra.

Első sorban a mütéti kezeléssel elért végeredményeket akarom tárgyalni. A mellékelt táblázatban elválasztottam az antisepsis előtti és az antisepsis első idejéből származó statistikákat azoktól, melyek az aseptikus sebkezelés idejéből valók.

Az összes számokat százalékokra szímitottam át, hogy az összehasonlítást közvetlenül végezhessek. A halálokak rovata úgy értendő, hogy a százalékok az összes halálesetekhez vannak viszonyítva. A táblázat tehát így olvasandó:

Albrecht 102 esete közül meghalt 77-6%. E halálesetek úgy oszlanak meg, hogy a halál-ok 47-1%-ban cariesre és amyloidra, 47-1%-ban belső szervek tuberculosisára, végül 5-8%-ban shokra, járulékos sebfertőzésre vezethető vissza stb.

II. táblázat. Az antisepsis előtti és az antiseptikus aera mütéti statistikája.

Szerző	Gyógyult	Nem gyógyult	Meghalt	Halál-ok					Jegyzet
				caries, amyloid	belső szervek tuberculosisa	miliaris tuberculosis	Shok, járulékos sebfert.		
				sz á z a l é k				sz á z a l é k	
Albrecht, 102 eset	22·4	—	77·6	47·1	47·1	—	5·8	Tok kiirtása nem történt. Csak a csontok reszeltattak.	
Caumont, 42 resectio	nem genyes 40 genyes 34·3	10 —	50 63	—	—	—	—		
Baehr, 86 eset	35	22	43	45·9	27	11	16		
Haas, 59 eset	29	12?	59	26·6	30	10	33·33		
Marsch, 99 resectio	nem genyes 50 genyes 24·24	16?	32·6 75·7	30 —	35 —	12·5 —	22·5 —		
Mumelthey, 56 resectio	46·03	4·77	49·2	—	—	—	—		
Pedolin, 26 resectio	46	—	54	—	—	—	—		
Riedel, 50 eset	62	24	4·2	—	—	—	—		
Zehnder (Kocher I) 23 eset	47	13	39	55·50%	11·1	33·4	—		

III. táblázat. Az aseptikus sebkezelés idejéből származó mütéti statistika.

Szerző	Gyógyult	Nem gyógyult, recidiva	Meghalt	Halál-ok				
				caries, amyloid	belső szervek tuberculosisa	miliaris tuberculosis	Shok, sebfertőzés	
s z á z a l é k								
Alexandrow, 43 eset	74·4	18·6	7	33·3	33·3	—	33·3	
Rincheval, 47 eset	51·3*	48·7	17	10	53·4	10	26·6	
	71·7	11·3	17	—	—	—	—	
Sprengel, 56 eset	48	16	34	—	79	—	21	
Mesnard, 8 eset	87·5	12·5	0	—	—	—	—	
	100*	—	—	—	—	—	—	
Sendler, 25 eset	78·3	8·7	13	—	—	—	—	
		56 **	—	—	—	—	—	
Barker, 41 eset	63·4	29·3†	7·3	100	0	0	0	
Guinand (Kocher II.), 40 eset	70	12·5†	17·5	50	0	16·6	33·4	
Manninger (Kocher III.), 44 eset	67·84	11·95	21·95	—	44·4	44·4	11·11	

* Recidiv-műtét után végleg gyógyult. — ** Később recidivált.
† Kérdésem vagy nem gyógyult.

* Recidiv-mütét után végleg gyógyult. — ** Később recidivált.
† Kérdéses vagy nem gyógyult.

E két táblázat összehasonlításából kiderül, hogy az aseptikus sebkezelés behozatala és a mütéti technika lényeges átalakulása óta a coxitis mütéti kezelésének eredményei lényegesen javultak.

¹ Az összehasonlított statistikákból nem vettem be e középtérkébe az első táblázatból Riedel, a másodikból Mesnard és Sendler adatait, mert azok nem végeredmények, hanem a betegeknél a klinikáról való elbocsátásakor felvett statust jelölik.

Ha a talált számok középértékét keressük, a következő eredményre juthatunk.¹

Végleges gyógyulás a	II. táblázatból	34·2 ⁰ / ₀
" " a	III. " "	65·8 ⁰ / ₀
Mortalitás a	II. táblázatból	54·31 ⁰ / ₀
" " a	III. " "	17·4 ⁰ / ₀

A hiányzó százalékok oly esetekre vonatkoznak, melyek az utóvizsgáláskor vagy nem voltak fellelhetők, vagy a melyeknél a gyógyulás még befejezve nem volt.

A haladás nemcsak a mortalitás csökkenésében keresendő, hanem abban is, hogy a műtéttel kapcsolatos vagy a műtét tökéletlenebb végrehajtásán alapuló halálesetek száma csökkent. Míg az első sorozat halálesetei között a helybeli megbetegedés terjedésében, terjedő cariesben és genyedésben, amyloid elfajulásban egyrészt, másrészt sebfertőzősi bántalmakban látjuk a halálokok két harmadát, addig az újabb időből származó statisztikáknál általános tuberculosis és belső szervek idült gümőkórját látjuk mint fő halálokokat szerepelni. A műtéttel kapcsolatos halálesetek száma lényegesen apadt. Eltűnt többé-kevésbé a rejtelmes shok, teljesen eltűntek a sebfertőzésen alapuló halálesetek. Csak egy faja maradt meg a haláleseteknek, melyet több-kevesebb határozottsággal a műtét rovására írhatunk: a miliaris tuberculosis. De ennek száma is fogy, minél jobban megtanultuk a gümösen elfajult szövetek tökéletesebb kiirtását.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

Markusovszky-féle egyetemi jubiláris előadások.

(Than Károly VI. előadása 1903. márczius 18-dikán.)

(Kohlrausch-féle törvények. — A gázok kiterjedésének maximalis munkája. — Elektromos potential-különbség keletkezése elektrolyt-oldatok érintkezésénél. — Folyadék-elemek elmélete és fontossága.)

Az elektrolytos disszociatio szabályainak egybefoglalása után tárgyalta a Kohlrausch-féle törvényeket, melyek szerint nagy hígításokban az elektrolyt-oldat molekula-vezetőképessége egyenlő a kation és az anion vándorlási sebességeinek összegével. E vándorlási sebességek értéke pedig kiszámítható a Hittorff-tól kísérletileg megállapított úgynevezett átviteli számokból. Kísérletileg is bebizonyította előadó, hogy az egyes ionok vándorlási sebessége elektrolysis közben igen különböző. Nevezetesen, hogy a hydrogen-ionnak, a savak közös ionjának sebessége csaknem kétszer akkora, mint a lúgok közös ionjának a hydroxylanionnak a sebessége.

Ezután előadó áttért a galvanelemek kémiai elméletének ismertetésére. Levezette a maximalis munka értékének kifejezését, melyet valamely gáz akkor végez, mikor megfordítható módon állandó hőmérsékén kiterjed. Ennek értéke

$$L = RT l \frac{p_1}{p_2}$$

hol L a maximalis munka értékét, R a gáztörvény állandóját, T az állandó abs. hőmérsékét jelenti, melyen a kiterjedés történt, p_1 a kezdeti, p_2 a végső nyomást, l pedig a természetes logaritmust jelentik. E kifejezés természetesen az előbb kifejtett analogia alapján a hígított oldatokra is érvényes, ha p_1 és p_2 az osmosis-nyomást, vagy az ezzel arányos koncentrációkat jelentették.

Kísérletileg bemutatta, hogy mikor két elektrolyt oldata, vagy ugyanazon elektrolytnak is különféle koncentrációjú oldatai egymással érintkeznek, akkor potential-különbség áll elő. Ha alkalmas szerkezetű elektrodotokat állítunk az elektrolyt különféle koncentrációjú oldataiba és azokat vezetőleg összekötjük, hogy ekkor elektromos áram keletkezik. Az Arrhenius-féle hypothesis alapján Nernst ez áram keletkezésének okát az ionok vándorlási sebességének különféleségében találta meg. Maga az elektromos energia e folyadékelemekben az osmosis-energia egyenértékű átváltozásából keletkezik. A potential-különbség értékét Nernst elmélete alapján

$$\pi = \frac{u-v}{u+v} \frac{R}{e} T l \frac{p_1}{p_2}$$

képlettel számíthatjuk ki. Ebben π a potential-különbséget, u és v a kation, illetőleg az anion vándorlási sebességeit, e pedig az ionok elektromos töltésének értékét (96540 Coulomb), p_1 és p_2 a koncentráltabb és a hígítottabb elektrolyt-oldatok osmosis-nyomásait jelentik. Ismertette Nernst kísérleteinek eredményeit, melyek az előbbi egyenlethől számítottakkal igen jól egyeznek és az elmélet helyességét bizonyítják.

Előadó igen tanulságos előadási kísérletekben demonstrálta, hogy az elmélet következményei az észlelésekkel és a kísérletek adataival megegyeznek. Végül kiemelte az elmélet fontosságát a kémiában, különösen a fiziologiában, mi által a szervezetben keletkező elektromos áramok és azoknak nagy jelentősége az élő szervezetben egyszerű módon megérthetővé vált.

Behring előadása.

A mint a napi lapokból ismeretes, Behring tanár e hó 12-dikén a bécsi „Verein für innere Medicin“-ben nagy hallgatóság előtt, melynek soraiban ott volt az osztrák közoktatásügyi miniszter is, előadást tartott a gümőkór leküzdéséről. Az előadást a „Berliner klinische Wochenschrift“ 11. száma eredeti közleményei között egész terjedelmében közli s annak alapján ismertetjük meg foglatját röviden, egyúttal néhány megjegyzést fűzve a „nagy feltűnést keltett“ előadáshoz.

Behring legújabb felfedezésének lényege az, hogy szobahőmérsék mellett vacuumban szárított, emberi származású gümöbaccilusokat bizonyos mennyiségben (0·004 gramm szárított tenyészet 4 köbcenti-meter vízzel emulsióvá dörzsölve) intravenosus úton marhákba vite, ezek fogékotlanokká válnak biztosan halálos hatású marhagümöbaccilus-fertőzéssel szemben. Részleteket az oltóanyag származását, előállítását, használatmódját illetőleg nem közöl és csak utal a „Zeitschrift für Thiermedizin“ című folyóirat 1902. évfolyamában „Die Jennerisation als Mittel zur Bekämpfung der Rindertuberculose in der landwirtschaftlichen Praxis“ címmel megjelent dolgozatában található adatokra.

A továbbiakban kiemeli azon tapasztalatát, hogy a marhák ugyanazon oltóanyagra, azonos használatmód mellett, életkoruk különbözősége szerint nagyon eltérően viselkednek. Így egészen fiatal borjúnál alig észlelhető reactio; körülbelül 7 hónapos borjúnál a befecskendezést követően több napig tartó láz és étvágyhiány jelentkezik; egy évesnél öregebb állatnál pedig már életveszélyes tünetek jelentkezhetnek: nagyfokú nehézlégzés, tüdővízenyő, pleuropneumonia. Különben az immunizáló befecskendezéssel szemben jelentkező túlérzékenységet biztos jelnek tekinti arra nézve, hogy az illető állatok már gümőkórosan fertőzöttek voltak. Ezen tapasztalatai alapján védőoltási módszerének használatát egy évesnél öregebb állatoknál ma már ellenzi és főleg 3 hónapon alul levő borjuk immunizálását ajánlja.

Borjuknál bevált módszere emberek védőoltására természetesen nem igen használható. Azt hiszi azonban, hogy más úton: gümőkór ellen immunizált tehének tejével táplálással sikerülni fog a csecsemőket egy rövid, de a gümőkórral fertőzés szempontjából nagyon veszedelmes időre immunná tenni.

Behring ugyanis felveszi, hogy a gümőkóros fertőzés az esetek túlnyomó többségében a csecsemőkori jö létre, a bejutott fertőzőanyag azonban nagyon hosszú ideig latens állapotban maradhat. A csecsemőkór nagy hajlamossága onnan ered, hogy a bélhuzam nyák-hártyája ilyenkor még nem bír összefüggő nyáksejtréteggel („continuirliche Schleimzellschicht“), a minek következtében corpuscularis elemek, tehát baktériumok felszívódására is alkalmas (Disse); másrészt a baktériumok ellen ható fermentumok sem termelődnek még a csecsemőkori (Gmelin).

De nemcsak a fertőző anyagok, hanem az úgynevezett „antitestek“ is az élet első heteiben változatlanul juthatnak a bélnyák-hártyán át a szervezetbe s így megvan a lehetősége annak, hogy gümőkór ellen immunizált tehének tejével — a melyben „antitestek“ tudvalevőleg elég nagy mennyiségben foglaltatnak — táplált csecsemők immunsokká válnak. Igaz ugyan, hogy az ilyen úton létesített immunitás mint úgynevezett passiv immunitás nagyon rövid ideig tartó; a módszer mindazonáltal Behring szerint alkalmasnak ígérkezik arra, hogy az annyira hajlamos csecsemőkori ne jöhesse létre a gümőkóros fertőzés. A módszer használhatóságát azonban előbb mindenesetre állatkísérletekkel kell kipróbálni.

Felemlíti azután Behring, hogy emberi gümöbaccilusok intravenosus befecskendezésével már fertőzött borjuk is megmenthetők; továbbá, hogy ezen módszerével nem csupán laboratóriumban tettek pozitív eredményű kísérleteket, hanem használhatóságát gazdaságokban is kipróbálták, még pedig teljes sikerrel.

Thomassen kísérleteit is közli Behring, mint a melyek a saját vizsgálataival teljesen egyező eredményt adtak. Ezen szerző is azt találta ugyanis, hogy emberi gümöbaccilusoknak már egy izben való bevitelére is elveszti a borjú szervezete azon képességét, hogy a controll-állatoknál rövid idő alatt halálhoz vezető marhagümöbaccilus-fertőzésre gümöképződéssel reagáljon.

Végül megemlékezik a gümőkór ellen való küzdés szempontjából eddig rendelkezésünkre állott módokról (sanatóriumok, köpet ártatlanná tévése, a lakásviszonyok javítása stb.); nem akarja ezen módok értékét kicsinyíteni, de azt hiszi, hogy velük a gümőkórt kiirtani nem lehet.

A mint látjuk, Behring előadásában nincsen szó — a mint azt az előzetes hírlapi közlésekből várni lehetett volna — egy gümőkór-ellenes szer felfedezéséről. Bevezető szavaiban Behring maga is mondja, hogy emberen módszerével gyógyító kísérleteket még nem végzett és hozzáteszi, hogy valószínűleg még sok idő fog eltelni, míg ilyenekre rátérhet. Most csak azért lép a nyilvánosság elé, mert kísérleteit a marhák gümökórellenes védőoltására vonatkozólag befejezetteknek tartja s azért elérkeztetnek látja az időt, hogy gümőkór-vizsgálatainak ezen forduló pontjához érkezése alkalmából visszapiantást vessen az eddigi eredményekre és kilátásait a jövőre nézve is vázolja.

Behring előadása több tekintetben kihívja a kritikát. Mindenek előtt nem jogosult azon kijelentése, hogy kísérleteit a marhák gümökórellenes védőoltására vonatkozólag befejezetteknek tartja. Oly idültlen lefolyó betegség, mint a milyen a gümőkór, 1—2 évi kísérletezés eredményeiből fenti értelmű következtetés nem vonható. Mert például az immunitás 4—5 év múlva megszűnhetik, ilyenkor pedig

Behring módszere — idősebb állatoknál veszedelmekkel járva — nem használható újból. Avagy kizárható-e ily aránylag rövid ideig tartott kísérletezés alapján, hogy az immunizálás céljából bevitt emberi gümöbaccilusok nem maradnak-e hosszabb ideig latens állapotban és csak több év múlva vezetnek — esetleg valamely elősegítő momentum befolyására — kóros elváltozásokhoz? Azonkívül a módszer azon hiányossága, hogy csak nagyon fiatal állatoknál használható veszedelem nélkül, szintén indokolta tenné a folytatólagos vizsgálatokat.

A mi a kilátásokat a jövőre nézve illeti: maga Behring elismeri, hogy hasonló védőoltásokat emberen végezni nem igen lehet, nagyon közfelfekvő okokból. Behring további felvetésének, mely szerint gümőkór ellen immunná tett tehenek tejével csecsemők talán immunná tehetők egy bizonyos rövid veszedelmes időszakra, szintén nem tulajdoníthatunk valami nagyobb gyakorlati jelentőséget, még akkor sem, ha az emberi és a marhagümőkór Behring által mintegy kétségbevonhatatlannak feltüntetett azonossága tényleg teljesen bebizonyított dolog volna.

Behring azon feltevése ugyanis, hogy a gümőkóros fertőzés az esetek túlnyomó nagy számában a csecsemőkori törtenek, semmiképpen nincsen beigazolva. Néhány kísérlet ugyan a mellett szól, hogy a bélhuzam a szülés után nagyon rövid ideig — néhány hétig — nélkülözve az összefüggő nyáksejtreteget, e miatt nagyon hajlamos a gümöbaccilus bejutására a bélen keresztül; tekintetbe kell venni azonban azt, hogy gümöbaccilusok a csecsemő bélhuzamába valószínűleg aránylag ritkán jutnak és hogy bizonyos, elég könnyen keresztülvihető óvintézkedésekkel (a csecsemő eltávolítása néhány hétre a gümőkóros környezetből, egészséges dajka által vagy sterilizált tejjel táplálás stb., ezen aránylag ritkán bejutása a gümöbaccilusoknak is többnyire elkerülhető. Másrészt Behring semmi adattal sem támogatja azon állítását, hogy a későbbi életkorban a gümőkóros fertőzés ritka, de nem is kísérli meg a későbbi életkorban történő gyakori fertőzést illetőleg általában fennálló nézetet megdönteni.

A csecsemőkori a szervezetbe jutott gümöbaccilusoknak hosszú időn át latens állapotban megmaradását is hangoztatja Behring. Bizonyítékot azonban ezen állításának támogatására sem hoz fel, noha a gümőkór öröklődésének lehetőségét tagadja, pedig az ezen tant vallók is a gümöbaccilusnak hosszú időn át latens állapotban maradását veszik fel.

Behring előadásában egy mindenestre érdekes kísérleti adatot tett közismertté, hogy tudniillik emberi gümöbaccilus intravenosus befeccskendezésével fiatal borjúk nagyon könnyen immunná tehetők *egy időre* az egyébként okvetlenül halálhoz vezető marhagümöbaccilus-fertőzéssel szemben. Ezen ismeretnek — eltekintve tisztán tudományos értékétől — az állatgyógyászatban nagy gyakorlati haszna lehet. Az emberi gyógytanra nézve azonban, eddigelé legalább, értéktelen, és Behring sem nyilatkozik ezen irányban való értékesíthetőségét illetőleg. Az immunizált tehenek tejével táplálást pedig csecsemők rövid időre való immunizálása céljából az elmondottak alapján nem tekinthetjük nagy eredménynek.

Székelly Ágoston dr.

Közegészségügy.

Az országos közegészségi tanács 1902-dik évi működéséről.

I.

Az országos közegészségi tanács a lefolyt 1902. évben 23 teljes és 14 bizottsági ülést tartott, melyekben 95 szakvélemény lett megállapítva és pedig: Nagyméltóságú Miniszterelnök Úrnak, mint Belügyminiszternek felhívására 90, Nagyméltóságú vallás- és közoktatásügyi Miniszter Úr felhívására 1 és a m. kir. szabadalmi hivatal megkeresésére 4.

A lefolyt évben a tanács, gyógyszerkönyvi állandó bizottságának munkálatai alapján, megállapította a gyógyszer szabvány helyesbítésére vonatkozó rendelet tervezetét, a mely a nagyméltóságú Belügyminisztérium által elfogadtatván, ki is bocsátatott.

Kimerítő felterjesztést intézett a tanács az úgynevezett „Specialitások” forgalmának szabályozására és azon visszaéléseknek megszüntetésére, melyek azoknak nagy részével a közönség megkárosítására és a közönség hátrányára üzennek.

Tekintettel arra, hogy a „Magyar Gyógyszerkönyv” második kiadása óta 14 év folyt le, a mely idő alatt nagyszámú hatásos szerek lettek előállítva és munkálatok tökélyesítve, s tekintettel arra, hogy egy újabb kiadás közrebesztésében más nemzetek által megelőztünk: indítványt tett a tanács, hogy a „Magyar Gyógyszerkönyv” harmadik kiadásának szerkesztése és kiadása fogantatva vétessék.

Miniszterelnök Úr Ó Nagyméltósága mint Belügyminiszter az indítványt csakhamar elfogadván, felhívta a tanácsot, hogy munkálatait a „Magyar Gyógyszerkönyv” elkészítése céljából megkezdje, a mely felhívásnak a tanács készséggel eleget tévén, a munkát meg is kezdette.

Indítványozta továbbá a tanács, hogy azon visszaélések, melyek a süritett decoctumok, infusumok és szörpök jogtalan alkalmazása és elárúsítása folytán, a megrendelt gyógyszerész műveletek mellőzésével keletkeznek, a nevezett szerek árba bocsátásának és alkalmazásának betiltásával megszüntessenek.

A tanács reform-bizottsága folytatván az 1876: XIV. tcz. revízióját, munkába vette „az elmebetegügy rendelkezésére vonatkozó törvényjavaslatot”.

II.

A székes főváros tanácsának felterjesztése a conserváló szerek használatának szabályozására a tanács véleményezésére bocsátatván:

Kijelenti a tanács, miszerint az említett felterjesztésben fog-

laltakat minden tekintetben helyesli s maga részéről is szükségesnek tartja, hogy a conserváló szerek használata ellen erélyes intézkedések léptetessenek életbe, mertkülönb tartani lehet a közegészséget súlyosan és maradandólag érinthető veszélyektől. Minél tovább halasztatnának azon intézkedések, annál nehezebbé válik későbbben a visszaélések megszüntetése, mert az ipar és kereskedelem feletle hajlandó évek során át fennállott kereskedelmi szokásokra hivatkozni, s a kormány helyzete is nehezebbé válik, midőn szokássá vált eljárásokkal kell számolni s attól tartani, hogy erélyes intézkedések esetleg kárt okozhatnának az iparnak és a kereskedelemnek. A conserváló szerek ugyanis az itt tekintetbe jövő mennyiségekben nem akadályozzák meg, hanem csak többé-kevésbé késleltetik a tápszer romlását s azon tulajdonsággal bírnak, hogy képesek a romlott minőséget elfedni, a romlott tápszerek ezen állapotának felismerését megnehezíteni vagy lehetetlenné tenni.

Ugyanazért a conserváló szerek eltiltása az 1876: XIV. t.-cz. 14. §-a alapján lenne kimondandó, mely tiltja a romlott és ártalmas tápszerek s italok árulását.

Magától értetlik, hogy ezen tilalom nem vonatkozhatik a tapasztalatilag ártalmatlan eljárásokra, minők a füstölés, sózás és pácolás.

III.

A budapesti kereskedelmi és iparkamara azon kérést intézte a Belügyminisztériumhoz, hogy a mosó-szóda kivéteessék a mérges anyagok árba bocsátását korlátozó rendelet köréből s hogy a veszélyre figyelmeztető nyomtatványokat a kereskedők készen kapják.

Tekintve, hogy a mosó-szóda épen oly lúgmérgezőzést idézhet elő, mint akár a kaliumhydroxyd, a tanács az elrendelt övrendszabályokat fentartandóknak s a kereskedelmi s iparkamarának kérelmét figyelmen kívül hagyandónak véli, valamint azon kérelmét sem véli teljesítendőnek, hogy a kereskedők a nyomtatványokat készen kapják, s hogy annak hiánya a mérges anyagot tartalmazó üvegen vagy edényen kihágásnak ne tekintessék.

IV.

Az általános munkásbetegsegélyező pénztár elnöksége azon kéréssel járult a Belügyminisztériumhoz, engedessék meg neki a nem keresztetett gyógyszereknek beszerzése és az orvosok által a rendelés alkalmával kiosztása.

Tekintve, hogy ezen kérelemnek teljesítése az 1876: XIV. t.-cz. 126. §-ába ütköznék, mely szerint gyógyszereknek a gyógyászati célokra megkívántató adagokban elárúsítására kizárólag okleveles gyógyszer-tulajdonosok vannak jogosítva, s tekintve, hogy a pénztár gyógyszer-szükségletét a gyógyszer-tárakból fedezheti, a tanács a kérelmet nem véli teljesítendőnek.

V.

Javaslat tétetvén arra nézve, hogy tekintettel a tömeges himlőoltásoknál észlelhető rendetlenségekre, az ezt tárgyaló s jelenben érvényben lévő 10,281/1881. számú belügyministeri rendelet és utasítás megváltoztatásának, illetőleg kibővítésének:

Az országos közegészségi tanács az eddig tapasztalt kiváló eredmények figyelembe vételével sem szükségesnek, sem célszerűnek nem véli, hogy a fent idézett rendelet és utasítás bármily irányban változást szenvedjen.

VI.

A gümőkór — tuberculosis — terjedése ellen a posta- és távirdahivataloknál követendő eljárás tervezete a tanács bírálatára bocsátatván:

Annak kiegészítése gyanánt kívánatosnak véli a tanács, hogy a nagyobb forgalmú posta- és távirdahivataloknak a közönség által látogatott helyiségei lehetőleg vízhatlan (cementes, cementlapos, aszfaltos, linoleumos, aszbeszt) oldalfalakkal birjanak, s hogy ezen helyiségekben a közönség a köpöcsészek célja, valamint a köpetek veszélyei iránt a köznép által is könnyen érthető szabatos és feltűnő nyomtatványok által tájékoztassék; szükséges, hogy a közönség a köpöcsészek használatára erélyesen utasíttassék s hogy azok mindenkor tisztán tartassanak; ellenben nem véli a tanács kellőleg indokolhatónak s célhoz vezetőnek, hogy a köpési tilalom megszegése közegészségügyi kihágásnak tekintessék és büntetessék.

VII.

A budapesti „Orvosi Kör” folyamodványt intézett a nmélt. Belügyminisztériumhoz, melyben a nagyobb kórházak mellé prosectori állások rendszeresítését, illetőleg azoknak szaporítását kéri s javasolja:

A tanács magáévá teszi mind azokat, miket az Orvosi Kör beadványában javaslatának indoklásául felhozott s maga részéről is javasolja, hogy a prosectori állomások fokozatos beállítása eszközöltessék s az elvileg megállapított határozat után a nagyobb kórházakban fokozatosan keresztülvitessék.

Tekintettel a nagyobb kórházak ágyszámára, egy-egy prosectori állomás lenne szervezendő: a nagyszombeni, kaposvári, Pécs városi, nagyvárad, szegvárdi, debreczeni, szabadkai, marosvásárhelyi és békésgyulai kórházakban.

VIII.

Az agyalföldi elmeegógyintézet igazgatójának előterjesztése az intézeti ablakok vasrácsainak eltávolítása végett a tanács véleményezésére bocsátatván:

Tekintettel az állami elmeegógyintézetekben létező legkülönb-félebb betegek, kik között vannak saját elhatározásuk folytán, avagy hozzátartozóik kívánságára befogadott nem közveszélyes, másrészt pedig a közbiztonságot veszélyeztető s úgynevezett büntetett elmebetegek is: a szabad ablakrendszert általánosságban nem véli elfogadhatónak a

tanács, s azt javasolja, hogy az angyalföldi állami elmeegógyintézet igazgatója személyes felelősségének fentartásával engedélyt nyújtson a szabad ablakrendszernek végleges alkalmazására és pedig kísérletképpen; ezen kísérletek alapján szerzett tapasztalatok szigorú mérlegelése után fog határozatot hozni a részleges szabad ablakrendszernek fokozatos fejlesztésére, de semmi körülmények között sem oly arányban, a melylyel az elmebetegek önbiztossága s a közbiztonság veszélyeztetethetnek.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A hasi hagymáz gyógykezeléséről.

Közli: Nagy Pál dr.

(Vége.)

Schwald: Naphthalin und Typhus. Berl. klin. W. 1889. — Semmola: Zur Frage der abortiven Behandl. des Darmtyphus. Wien. klin. W. 1890. — Shattuck: Some points in the modern treatment of typhoid fever. Boston med. and surg. journ. 1894. — De Simone: Sulla cura della febbre tifoide. Riforma med. 1891. — Smith: Die Behandlung des Abdominaltyphus. Münch. med. W. 1901. — Smith: Ichthyol beim Typhus. Aertzt. Praxis. 1901. 1. sz. — Stange: Über die Behandlung der Typhuskranken mit kalten Bädern. Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. k. 1901. — Stepp: Über die innerliche Anwendung des Chloroforms. 1889. — Stürzebein: Behandlung des Abdominaltyphus mit 10%-igem Chloroformwasser. Rev. d. russ. med. Zeitschr. 1900. — Teissier: Antisepsie intestinale et fièvre typhoïde. Gaz. méd. de Paris. 1890. — Thacker: Treatment of enteric fever by carbolic acid. Brit. med. Journ. 1898. — Thistle W. B.: The eliminative treatment of typhoid fever. New-York med. Record. 1898. — Timen: Diätetische Behandlung Typhuskranker. Ther. d. Gegenw. 1901. — Vaquez: Über die Ernährung bei Abdominaltyphus. Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. k. 1901. — Vogl: Über den heutigen Stand der Typhustherapie. Münch. med. W. 1895. — Walger: Beitrag zur Behandlung des Abdominaltyphus mit menschlichem Reconvalcentenblutserum. Cblt. f. inn. Med. 1898. — Walker: On the production and specific treatment of typhoid infection in animals. Journ. of path. and bact. 1901. november. — Weill: Über die Wirkung der internen Desinfection bei Infektionskrankheiten. Therap. Monatshefte. 1901. — Werner: Über Chloroformbehandlung des Darmtyphus. Petersburger med. W. 1892. — West: Remarks on the early feeding of typhoid patients. Brit. med. Journ. 1897. — Wilcox Reynolds W.: The use of chlorine in the treatment of typhoid fever. Amer. Journ. of med. scienc. 1895. — Wilmans: Über Behandlungsweisen des Typhus abdom. Münch. med. W. 1894. — Wilson: Arsen bei Typhus. Allg. med. Central-Ztg. 1899. — Wilson: Report on a fifth series of cases of enteric or typhoid fever treated by systematic cold bathing in the German Hospital Philadelphia. Med. News. 1893. — Winternitz: Missgriffe bei hydropathischer Behandlung. Blätter für klin. Hydrotherapie, 1897. — Winternitz: Die Wasserbehandlung des Unterleibstyphus. Blätter für klin. Hydrotherapie. 1900. — Wolff: Naphthalin in typhoid fever. Med. News. 1891. — Wood: Philad. med. News. 1890. — Woodbridge John Elliot: The abortive treatment of typhoid fever-question of diagnosis. New-York m. Record. 1898. — Woroschilsky: Anwendung von gereinigten Schwefelblumen bei der Behandlung des Typhus abdominalis. Therap. Monatshefte. 1902. — Zampetti: Contributo al trattamento della febbre tifoidea. Gazz. Lomb. 1893.

Legtöbb szerző ellenjavaltat tartja a vízkezelést, hol a betegre fontos a nyugalom, a hol a typhus lefolyását bélvérzés, átfúródásos hashártyagyulladás vagy az embolia veszélyét magában rejtő friss thrombosis komplikálja.

Curschmann a contraindicatiót tágabban szabja. Ő az alkoholisták, elzsírosodott egyének fűrésztételek collapsustól tart. Nem fűrészt továbbá nagyobb mellhártyaizmadmánnal szövődött typhus-eseteknél. Ugyszintén phthisisre gyanus egyéneket s 50 éven felüli betegeket nem tart alkalmasnak fűrésztésre. Ez esetekben megelégszik hideg lemosásokkal.

Curschmannal szemben Winternitz műhibának mondja, ha csak egy esetén is nem alkalmazunk vízkezelést. Negyven évi gyakorlatában azon typhus betegek közül, kiknél már a megbetegedés első hetén rendszeres vízkezelést alkalmazott, egy sem halt el.

A mi a typhusos beteg táplálását illeti, mai nap meglehetősen általánosan elfogadott elv, hogy bőséges hig táplálékkal iparkodunk erőnlét tartani a beteget. Ezt elvet védi Eichhorst, ki a lázas szakban félóránként 50—100 cem. forralt lehűtött tejet ad a typhusbetegnek; ha a beteg nem jól tűri a tejet, pótolja tejes kávéval, tejes theával vagy tejes húslevesrel ($\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ rész tejjel). Délre tojásos húsleves. Szesztartalmú folyadék csak iszákosoknak, aggoknak, igen elgyengült egyéneknek való. Collapsusnál meleg szesztartalmú folyadék bőven adandó.

Nagy gondot kell fordítani a száj tisztántartására, mi által elkerüljük a nyálmirigygyuladást. A láztalan szak beálltával nagyon óvatosan térünk át a szilárdabb ételekre. A 4—5. láztalan napon adható hig tejbefőtt dara, a 7. napon pedig 50 gm. vakart nyers marhahús vagy sonka, kevés zsemlye kísérhető meg. Ha csak minimális hőemelkedés mutatkozik, újból a hig diétára kell térnünk. A húsadagok naponként mértékletesen (25 grammal) fokozandók s a tizedik láztalan

napon burgonya-purével toldjuk meg az ebédet. Ettől fogva a reconvalescens óvatosan áttérhet a bőséges vegyes koshtra.

Hasonlóan hig diétát ajánlanak West és Plique, kik veszélyesnek tartják a korán megkezdett szilárd étellel táplálást. Hig diétán tartott typhusos betegeinél Zampetti $\frac{4}{10}$ halálozást tapasztalt.

Az általánosan használt tej helyett Selby tejsavót ajánl. Szerinte a tej a gyomorban sokszor kemény sajtos alvadékokat képez, mely a bélbe jutva, ott izgatólag hat.

Merhaut szerint a tej nagyobb zsirtartalma a typhusos hasmenést fokozza, sőt elő is idézi, azért ő a tej zsirtartalmát 2—1 $\frac{1}{2}$ %-ra csökkenti. Ezt oly módon éri el, hogy a frissen fejt s vásznon átszűrt tejet 10%-nál állni hagyja, s 12 vagy 24 óra múlva lefűtözi. A nem frissen fejt tejet pedig vízzel 2:1 arányban hígítja s folytonos keverés közben felforraltja, majd lehűti s 24 óra múlva lefűtözi.

Maillart fontosnak tartja a bőséges folyadékfelvételt. Ő 5—6 liter folyadékot itat a typhusos beteggel tej, víz, limonádé s bor alakjában. A bőséges folyadékfelvétel okozta nagy diuresis s a később beálló állandó diaphoresis által a hőmérsék állandóan csökkent, a közérzet igen javult. A betegség tartama s typusa rendes maradt ugyan, de általában könnyebb volt a lefolyása.

Az utóbbi években egyesek nem tartják magukat a szigorúan hig diétához; sőt vannak, kik a mindennapi vegyes diétán tartották typhusos betegeiket. Így Barrs bátran ad szilárd táplálékot a lázas időszakban is, mitől káros következményt nem látott, betegek a láztalan szak bekövetkeztekor nem voltak úgy erőtlenedve, mint a hig diétán tartottak.

Marsden 200 typhusos beteget kezelte a Barrs ajánlotta vegyes diétával. Esetei közül 30%-ban volt bélvérzés (mi nem több, mint hig diétánál), de ennek következtében egy beteg sem halt el. Bélperforatio egy esetben sem következett be, a lázmenet nem változott. A reconvalescencia valamennyinél rövid ideig tartó volt.

Puritz bőséges fehérje-táplálást ajánl, mi a lázra nincs semmi befolyással, az étvágy javul s a gyógyulás gyorsabb, mint fehérjeszegény táplálásnál. Bőséges fehérje-táplálástól jó eredményt láttak Vaquez és Shattuck is.

Smith a diéta mennyisége s minősége kiszabásában csakis a beteg étvágyától irányíttatja magát; különben hig és pépes ételeket ad.

Timen 32 beteg közül 14-nél a betegség első napjaitól kezdve, 18-nál a harmadik héttől fogva vegyes diétát adott (1 liter tej, 1—2 lágy tojás, kétszersült, csirkehús). Valamennyi beteg complicatio nélkül meggyógyult, s a betegség után nem erőtlenedtek úgy el, mint a hig diétán tartottak.

Gornicki vegyes (hig és szilárd, fehérje és keményítőtartalmú) táplálékot tartott 150 typhusos beteg közül 26%-o halt el.

Ladyschensky azt tapasztalta, hogy a bőséges vegyes táplálékot tartott typhus-betegek hőmérséke a rendes typust megtartotta, a betegség tartama ép oly hosszú volt, mint az óvatos hig diétán tartottaké. Complicatiók nem származtak; a bélsár rendszeren sűrű volt. A betegek közérzete igen jó volt, a reconvalescencia szaka megrövidült.

Hasonló értelemben nyilatkozik Dworetzky is, ki orosz katonakórházban párhuzamos kísérletet tett 80, illetőleg 74 typhusbeteg katonán hig és bőséges vegyes táplálással.

Ujabbán a sebészet is bevonatik a typhus gyógyítása körébe, ha a typhusfekély átfúródása hashártyagyuladással fenyeget. Ily esetben a hasmetszést a középvonalban, közvetlen a köldök alatt végzik, honnan Kennedy szerint 90%-ban könnyen rákadsanak az ileum perforált helyére. Magát a fekélyt nem vágják ki, csak széleit behajlítva összevarrják. A hasüreget czélszerű konyhasós vízzel kimosni. A betegek elég jól állják ki a beavatkozást. Manger emlit olyan eseteket is, hol egy betegnél 2—3 ilyen műtét történt egy typhus alatt.

Platt 1899-ig 163 operált esetet talált az irodalomban összegyűjtve 21 gyógyulással. Szerinte, ha az átfúródás után 24 órán belül operálnak, 25—30%-o gyógyulásra van remény.

Osler 11 esete közül korai műtétel 5, Briggs 5 esete közül 1 gyógyult. Mc Aulay 5 perforatio miatt műtött betegek közül pedig 2 gyógyult.

A sikeres műtét időpontjára nézve némi eltérést találunk a szerzőknél.

Kennedy az átfúródástól számított 12. órát tartja maximális határnak; Platt 22 óra múlva is látott gyógyulást. Keen az első 12 óra elmulta utáni időt tartja legalkalmasabbnak a műtét beavatkozására.

Míg Berg a perforatiós tünetek teljes kifejlődésekor tartja jogosultnak a műtét eljárást, addig Lejars a kétséges eseteknél is a gyors műtét eljárással elejét akarja venni az elkésett műtétnek.

Könyvismertetés.

O. Dammer: Handbuch der Arbeiterwohlfaht. I. Band. Stuttgart F. Enke.

Ezen mű első részét egy körülbelül 850 oldalnál vastagabb kötet képezi, mely a czimnek megfelelőleg a munkás jóléti intézményekkel s azok berendezésével foglalkozik. Ezen mű azonban messze túlhaladja előirt határait, a mennyiben nemcsak általánosságban a munkás intézményekkel foglalkozik, hanem tartalmazza az összes ipari ágak egészségügyi viszonyait, az egyes foglalkozások veszélyeit, továbbá azon óvintézkedéseket, melyekben a munkásoknak — e veszélyek elkerülésére — részesülniök kell. Nemesak mindazt tartalmazza, a mit egy jól szerkesztett könyvtől, mely az ipar egészségtanával foglalkozik, elvárunk lehet, hanem ennél sokkal többet, tudniillik felvilágosítást nyújt a munkások socialis viszonyairól és mindazon társadalmi és egészségügyi intézkedé-

sekről, melyek hivatva vannak azokon javítani. Ezen könyv szerzői céljukat elérték, a mennyiben benne az orvos a hygienikussal, az ipar-felügyelő a technikai szakemberrel kezdet fogva halad, hogy ezen nehéz és kényes kérdés minden oldalról megvilágíttassék. Az első nagyobb fejezetben Wagner F. műpítészként foglalkozik a munkáslakásokkal és pedig nemcsak egészségügyi szempontból tárgyalva a lak- és építkezési terveket, a hely- és légtartalmat, a szellőztetést és világítást, a pincze, udvari és padlásokokat, utcákat és lakviszonyokat, hanem tárgyalja mindazon törekvéseket, melyek arra irányultak, hogy a munkás lakviszonyokat javítsák, tekintetbe véve mindazon eredményeket, melyeket e téren különböző államok értek el, valamint mindazon építkezési nemeket, melyeket gyárosok, magánosok, részvénytársaságok, ipartelepek, közhasznú egyletek, városok és államok már alkalmaztak és beváltak és így követésre méltók.

Büsing tanár ugyanily szakavatottsággal tárgyalja mindazon ismereteket, melyek gyárak alapításánál szükségesek, nevezetesen a fűtésre, világításra vonatkozó berendezéseket, valamint megismerteti mindazon óvszabályokat, melyek az ipari munkások egészségére vonatkoznak.

Ascher dr. részletesen leírja mindazon bajokat, melyeknek a munkás munkaközben van kitéve részint a por és különböző ipari mérgek belégzése, részint véletlen balesetek és sérülések által. Hogy miképp védekezhünk mindezen bajok ellen, az ép oly világosan van tárgyalva ezen, mint a következő fejezetben, mely azt tárgyalja, hogy miképp történjék a szerencsétlenül jártak szállítása. Egyes kisebb, az élelmézést, lakásdesinfekciót, ruhaviszonyokat, hálólhelyeket tárgyaló, Hirschfeld dr. tollából eredő értekezéseken kívül Ascher 2 nagyobb fejezetben foglalkozik a munkásokat munkaközben érhető balesetekről, a sérültekről és azok mikénti szállításával. A legnagyobb és legjelentékenyebb részt Fischer iparfelügyelő dolgozta fel, melynek tárgya a speciális iparegészségügy és ezzel kapcsolatban a balesetek elkerülhetése. Az újabb iparok és iparberendezések sokoldalúsága már régóta kíváncsossá tették, hogy hozzáértők iparegészségügygel foglalkozzanak és pedig oly részletesen, mint azt ezen könyvben látjuk, hol nemcsak a berendezést, az azzal járó veszélyeket és ezek elkerülésére szükséges óvintézkedéseket találjuk bőven leírva, hanem fel vannak benne sorolva és magyarázva az összes óvó- és egészségügyi intézkedések. E fejezet nagy fontossága kíváncsossá tenné, ha a szerző ezen munkásságát folytatná és munkásságának egy önálló, az iparegészségügyet tárgyaló műben kifejezést adna. Számtalan a szöveget magyarázó és felvilágosító ábra ékesíti a mű ezen első kötetét, mely Enke stuttgarti cég kiadásában, a töle már megszokott díszes külsővel jelent meg. Friedrich dr.

Roth's klinische Terminologie. Sechste Auflage. Verlag von Georg Thieme in Leipzig. 1902.

Jelen munka negyedik kiadásának előszavában azt mondta volt Stintzing, hogy az utolsó évek kutatása és versenye az amúgy is túlfolyó klinikai nomenclatura tetejébe megint egy egész bőségszarura való nyelvészeti újszülöttet öntött. Csakugyan úgy áll a dolog, hogy részben az orvosi tudomány folytonos haladása, új és új fogalmak felszínre kerülése, de sokszor az egyéni hiúság révén is annyi technicus terminussal van a modern orvosnak dolga, hogy nem csoda, ha egyik vagy másik szónak jelentését illetőleg néha zavarba jön. Ebben az irányban jön az orvosok segítségére jelen munka. Vaskos, 590 oldalra terjedő kötetben magyarázatát, etimológiáját adja mindazon idegen szavaknak, melyek főleg a pathológiában előfordulhatnak. A boncztan, szövettan és élettan műszavaival a könyv nem foglalkozik, minthogy azokat általánosan ismerteknek tekinti s épen ezért nevezte az első kiadás szerzője, Roth, művét terminologia clinicának. Roth halála után, a későbbi kiadások szerzői, Gessler, Stintzing és Vierordt, mind javítottak és bővítettek a terminológián. Gessler pl. az ötödik kiadásba már felvette a fontosabb angol és francia műszavak magyarázatát is, míg azelőtt főleg csak a latin és görök származású műszavak magyarázására gondoltak. A terminologia elő Zimmerer egy nyelvészeti bevezetést írt, mely a különféle képzők, ragok stb. jelentőségét értelmezi.

Hogy egy ilyen munkára a modern orvosnak szüksége van, azt felesleges erősitgetni, hogy pedig a munka jól van megírva, annak legfőbb bizonyítékul épen az szolgál, hogy immár a hatodik kiadást érte meg. M.

Uj könyvek. Jacobi: Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluss der wichtigsten venerischen Erkrankungen. Abtheilung I. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. — Lange: Sinnesgenüsse und Kunstgenuss. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — Kroiss: Zur Methodik des Hörunterrichts. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — Dunbar: Zur Ursache und specifischen Heilung des Heufiebers. München, R. Oldenbourg. — Katzenstein: Dilatation und Hypertrophie des Herzens. München, E. Reinhardt. — Rost: Borsäure als Conservierungsmittel. Berlin, J. Springer. — Abel: Taschenbuch für den bakteriologischen Praktikanten. 7. Auflage. Würzburg, A. Stuber. — Fischer: Vorlesungen über Bakterien. 2. vermehrte Auflage. Jena, G. Fischer. — Müller: Über die Lage des Mittelohrs im Schädel. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — Procopius: La pellagre. Paris, A. Maloine. — Godin: Recherches anthropométriques sur la croissance des diverses parties du corps. Paris, A. Maloine. — Coste de Lagrave: La journée du tuberculeux. Paris, A. Maloine.

Lapszemle.

Sebészet.

Régóta fennállott pathologikus csipőizületi ficzamosodás repositioját kísérelte meg eredménynyel J. Schoemacker. Egy 23 éves nő-

betegről van szó, kinél 13 évvel ezelőtt magas lázzal járó betegség (typhus vagy más egyéb volt-e a megbetegedés, nem lehetett kideríteni) folyt le. A betegágyból felkelve, bicegni kezdett, mely bicegés mindinkább fokozódott. A 13 év után végeztetett vizsgálatnál tipikus luxatio iliaca volt constata, s a betegnek járáskor fellépő erős fájdalmi és gyors elfáradás voltak a fő okok, melyekért azt orvost felkereste. A Röntgen-fénykép a klinikai diagnoszt megerősítette és mutatta, hogy az acetabulum és fejeics jó karban vannak. Schoemacker a vértelen úton való repositiót megkísérelte. Két hétig Volkmann-féle nyújtást alkalmazott a 6 cm.-rel a R. N. vonal felett álló trochanter lehúzására. A nyújtókötés keveset használt, s csak narcosisban erős nyújtással sikerült a fejecset az acetabulum közelébe hozni. Most többszörös körforgás végeztetett csipőizületben s végül flexio, abductio és erős kifelé rotálással sikerült a fejecset normális helyére hozni. Typikus repositio nem következett ugyan be, de hogy a fejeics az acetabulumban foglalt helyet, azt bizonyította ama körülmény, hogy adductio alkalmával a czombfejeccs egy sáncszerű képletben való átugrás után előbbi ficzamosodott helyzetébe visszatért. Hogy a repositio nem következett be szokott módon, abból magyarázza a czikk írója, hogy az izületben kötőszöveti heges képletek lehettek, a melyeneket Volkmann már 8–10 héttel a ficzamosodás bekövetkezése után talált. Hat héttel később felvett radiogramon a fejeics az acetabulumban volt. Az utókezelés gipszkötésekkel 6 hónapig történt. Schoemacker ez eset alapján ajánlatosnak tartja még ily régi esetekben is először a vértelen visszahelyezést megkísérteni, bár ő maga is azt hiszi, hogy ez csak aránylag ritkán fog sikerülni. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 66. kötet, 1–2. füzet.)

Holzwarth dr.

A felső és alsó végtag csöves csontjainak töréseinél használt kezelési módszereit ismerteti Nikolai Wolkowitsch. A felső végtag egyes töréseinél — olyanoknál, a hol rögzítés nélkül sincsen dislocatio hajlamosság, továbbá a felső epiphysis töréseinél — a Lucas Champoulliére által ajánlott massage-kezelést használja, rögzítésül csakis egy egyszerű mitellát alkalmazva. A többi felső végtagtörést, valamint az alszárcsontok töréseit saját elvek szerint alkalmazott gipsz-sínekkel kezeli. Czombtöréseknél pedig saját szerkezetű, némileg a Taylor-féle készülékre emlékeztető, hársfából készült talprészszel és medenczegyűrűvel ellátott külső oldali sint alkalmaz. Mind e sínek pólyákkal vannak a végtaghoz erősítve, s úgy vannak szerkesztve, hogy bennük az izületek lehetőleg kevésbé rögzítvők, az izmok működése ne legyen oly nagy fokban akadályozva, mint ez szerző szerint a végtagot teljesen körülvevő kemény kötéseknek történik, továbbá az alsó végtag csonttöréseinek járó kezelése velük lehetőleg legyen. Ezen kezelésnek fő előnye többek között a gyógyulási időtartam lényeges megrövidítése, mint ezt a mellékelt kimutatás és más statistikákkal való összehasonlítás mutatja. A kor befolyása a gyógytartamra nem nyilvánul oly feltűnő módon, mint más kezeléseknél s az alsó végtagnál rövidülés tekintetében sem rosszabb az eredmény, mint bármely más kezelési módnál. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 63. kötet, 3–4. füzet.)

Holzwarth dr.

A ballon-tünetről bélelzáródásnál ír J. Blumberg. A Nothnagel által említett és Kivull által ajánlott ballon-tünet körülírt meteorismusok kórismézésénél jól bevált. Kivull különösen a flexura sigmoidea volvulusánál értékesítette e módszert. Az élesen körülírt meteoristikus terület felett ugyanis élesen érezhető hang hallható auscultatiós percussioval. Blumberg hullakísérleteket végzett ez irányban és figyelmeztet arra, hogy a vastagbél mélyebb részleteiben hirtelen fellépő bélelzáródások alkalmával fellépő körülírt vakbélmeteorismusnál e tünet szintén élesen jelentkezik. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 66. k. 1–2. f.)

Holzwarth dr.

Bőr-kórtan.

Röntgenezés után fellépő bóratrophia egy esetét ismerteti Schmidt H. E. A beteg, a ki jobb kezét 7–8 év előtt egy ízben 1/2 órára Röntgen-fénynek tette ki, azon az atrophia cutis idiopathica kifejezett képét nyújtja. A jobb kéz hát bőre livid, erősen megvékonyodott s „összegyűrt cigarettapapír”-hoz hasonlóan ráncos. Az egész folyamat éles szélű; véresek erősen látszanak s tágláltak. A baj három héttel a Röntgenezés után vette kezdetét s kivörösödésből indult ki. Az eset érdekessége abban rejlik, hogy a kéz csak egyetlen egyszer volt a fénynek kitéve s mégis ily maradé elváltozást szenvedett. Az esetet különösen az exponálás rövidsége teszi szokatlanú, mert hasonló dolog a fény-dermatitisek nagy irodalmában még alig talált megemlítést. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893. 64. k. 1. f.)

Guszman dr.

Leprához hasonló betegségről Kamerunban ír Plehn A. A betegség, melyet különösen a Wuri s Mungo folyók mentén észlelt, állandóan éles szélű, sárgás-barna, rozsdavörös foltokkal kezdődik, melyek főleg a törzsön s a végtagokon székelnek, ritkábban az arcon. A fej hajás bőrén úgy látszik sohasem mutatkoznak. Hőérzés s tapintási érzés e foltoknak megfelelően állandóan megtartott. A látható nyálkahártyák eltérést nem mutatnak, közérzet jó. E foltok képezik a betegség első stadiumát, mely a benszülötték állítása szerint 10–12 évig tart. A második stadiuma már sokkal súlyosabb, a mennyiben azt ulceratiós folyamatok jellemzik. Az ulceratiók eleinte csak az alsó végtagokat támadják meg s a talpon kezdődnek, a hol azok a mal perforant du pied-hez hasonlítanak. A fekélyesedések itt sokáig felületesek maradnak s az ellenálló fasciát csak nagy sokára törik át, a mire a roncólás gyorsabban terjed. Az ulceratiókhoz gyuladással oedemák, majd elephantiasis elváltozások csatlakoznak. A felső végtagok sokkal később esnek ulceratióba. A második stadium végét egyes végtag-

részek súlyos pusztulása jellemzi, a mi gyakori lázas rohamoktól kísértetik. E stadium végén a legtöbb eset halállal végződik; az életben maradt betegeknek Plehn ezenkívül még egy harmadik stadiumot is említ, melyet a gyógyulás megindulása jellemez, bár az gyakran csak látszólagos. Plehn a most vázolt betegséget pseudolepraának tartja, s a leprától azért választja el, mert: 1. Nagyobb tumorok nincsenek jelen, melyek később kifehélyesednek. 2. Az arcz bőre úgyszólván egyáltalán nem vonatik a bántalom körébe. 3. Hiányzik mindenféle érzési s egyéb idegzavar. 4. Az idegtörzsek megvastagodása állandóan hiányzik. A betegség aetiologiája teljesen ismeretlen. Annak felderítése végett Plehn bakteriologiai, histologiai s vérvizsgálatokat is végzett, melyek azonban semmi pozitív eredményre sem vezettek. Határozottan állítja, hogy leprához hasonló leletet vagy bacillust sohasem talált. Jellemző még, hogy Plehn, a ki Kamerunban mintegy 15,000 beteget kezelt, azok között sohasem látott valódi leprát, jóllehet e tartományt notorius leprafészeknek tartják. (Archiv f. Dermat. u. Syph. 64. k. 1. f. 1903.) Guszman dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A somatoset nagyobb számú oly esetben használta Lévei D., a melyekben terhes nőknél gyanú volt arra, hogy a szülés után a tejelválasztás hiányos lesz. A terhesség utolsó hónapjaiban rendszeresen adva a somatoset, a tejelválasztás fokozódása tekintetében nagyon jó eredményeket ért el. Kiemeli, hogy a somatose a colostrum átalakulását tiszta tejé is tetemesen meggyorsítja. (Wiener mediz. Presse, 1902. 51. szám.)

Septoforma nevű új antisepticumról ír Sternberg. A septoforma, melynek erős bakteriumölő hatását a marburgi hygiene-intézetben mutatták ki, condensatós terméke a formaldehydnek a terpen-naphthalin- és phenol-csoporttal, alkoholos kaliumlinoleatban oldva. Nem edző, csaknem szagtalan, vízzel keverve kissé habzó folyadék. Betegeken tett tapasztalatok szerint antiseptikus hatása mellett az infiltratiót felszívódásra bíró, a gyógyulást gyorsító és a bőrre is jótékony hatású szer. Kézdésinfecchioz és sebkezeléshez 3%-os oldat, eszközök fertőtlenítéséhez 5–10%-os, üregek kiöblítéséhez 1 1/2%-os oldat használandó. 10%-os lanolinkefőcs alakjában is jól használható fekélyek fedésére; továbbá 15%-os septoforma-szappan alakjában is alkalmazható. (Aerztliche Rundschau, 1902. 31. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1903. 11. szám. Felletár Emil: Schweinfurtti zöld által előidézett halálos mérgezés. Autosuggestion alapuló gyilkossági vád. Sternberg Géza: Tapasztalatok a kórházi gyakorlatból.

Orvosok lapja, 1903. 11. szám. Farkas Miksa: Vízgyógyműveletek élettani hatása az emberi szervezetre. Fejér Gyula: Belladonna-mérgezésekről a szemészeti gyakorlatban.

Magyar orvosok lapja, 1903. 11. szám. Deutsch Ernő: A lecithinkészítményekről. Zsiday Dániel: Érdekes casuistikus esetek. Preisach Izidor: A diabetes mellitus kör- és gyógytanának mai állása.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 11. szám. Behring: A gümőkór leküzdése. Floren: A bélinvaginatio sebészeti kezelése. Eisenberg: A női medenczebeli szervek idült lobos folyamatainak conservatív kezelése. Kelling: Az izomphysiologiára vonatkozó physicalis vizsgálatok. Berger: Gelatina mint haemostaticum és használata aneurysmák gyógyítására.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 11. szám. Lindenthal: Menstruatio és corpus luteum. Killian: A bal tüdő alsó lebenyéből természetes úton eltávolított ingomb. Zappert: Tüdő- és szívvizsgálatok bécsi iskolás gyermekeken. Berka: Pyocyaneuslelet meningitisben. Glas: Thiosinamin-kísérletek rhinosclerománál.

Wiener medizinische Presse, 1903. 11. szám. Ehrmann: Toxikus és autotoxikus dermatosisok. Heller: A Basedow-kór gyógyítása. Königstein: Néhány új gyógyszerrel a szemészeti gyakorlatban.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 11. szám. Behring: A gümőkór leküzdése. Riedel: Súlyos golyvaműtétek localis anaesthesia mellett. Boas: Carcinoma és diabetes. Treitel: Hallási gyakorlatok. Gerber: Scleroma-gócz Poroszország keleti részében. Senator: A transitorius albuminuria kérdéséhez.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 10. szám. Wolff: Módszer az élő csontvelő vizsgálatára és a myelocyták mozgásképesége. Brieger és Disselhorst: Vizsgálatok az emberi izzadságról. Roth: Az oxygen-chloroform-narcosis chemiájához. Assmus: A csecsemő-ruházat reformja. Hohlbeck: Tetanusbacillusok a fertőzés helyén kívül. Schuckmann: A tetanus antitoxin-kezeléséhez. Frotscher: Ugyanaz. Schilling: Malariarecidiva szokatlan hosszú latens periodus után. Lewitt: Agurin.

Centralblatt für innere Medizin, 1903. 11. szám. Ferrannini: A húgy és az ascites-folyadék kryoskopiája májbajokban.

Centralblatt für Chirurgie, 1903. 9. szám. Sprengel: A varrat egyszerűsítése Murphy-gomb használatakor. Gaertner: Készülék a pulsus optikai ellenőrzésére narcosis közben. 10. szám. Kofmann: A Gersuny-féle subcutan prothesisek. Schnitzler: Gastroduodenostomia lateralis.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1903. február. Vogt: A negativismus psychophysiologiájához. Nissl: Megjegyzések Schmaus munkájára a gerincezvelő kórboncztanáról. Weygandt: A psychologiai kutatás iránya. Hoppe: Újabb dolgozatok az alkoholismusról.

Neurologisches Centralblatt, 1903. 5. szám. Bechterew: 1. Az acromialis reflex. 2. A carpometacarpalis reflex. Scherbak: Adatok az in-reflex élettanához. Hamburger: Incontinentia vesicae és hűdési jelenségek a végtagokon a subcorticalis ganglionokban levő lágyulási góczok jelenlétékor. Flechsig: Myelogenetikus mezők az emberi nagyagykéregben.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 13. kötet, 3. füzet. Winkler: Törzsdermatomák. Brückner: Az emberi nagyagy-agykéreg velős idegrost tartalma. Heilbronner: Epilepsias mania. Dexler: Az acut encephalitis összehasonlító kórboncztanája. Majano: A n. oculomotorius eredése és lefutása a középső agyban.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 66. kötet, 5–6. füzet. Hildebrand: Adat a Talma-féle műtétéhez. Hildebrand: Adat a cholecystogastrotomiához. Elter: Adatok az arthritis deformans sebészeti kezeléséhez. Orlow: Ankylosis mandibulae vera. Ziegler: Adat a plexus chorioideus anatómiájához. Borchard: A koponyaalapi repedés néhány ritka következménye. Hoppe: Adat a keresztesont veleszületett daganatainak ismeretéhez. Nösske: Porcz- és csontképződés a tonsillákban. Borchard: A trochanter major fracturájával és hernia praevasculariással szövődött luxatio suprapubica. Blecher: Az intraperitonealis hólyag-repedés diagnosizálásához. Silbermark: Csontüreg plombozásának technikája. Fischer: Kétoldali luxatio tibiae anterior completa esete.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 6. kötet, 12. füzet. Engelmann: A Köppe-féle haematokrit. Sadger: Brand egy megelőzője. Adat a typhus vízkezelésének történetéhez. Reich: A furunculosis abortív kezelése túlhevített száraz levegővel. Duoretzky: Néhány új orosz munka a hypnosis köréből. Diehl: Medencezobeli izzadmányok kezelése hűvös ülőfürőkkel.

La semaine médicale, 1903. 10. szám. Cheinisse: A kézhát traumás kemény oedemája.

Journal médical de Bruxelles, 1903. 10. szám. Lefebvre: A herpes tonsurans Brüsselen. Delcourt: Barlow-kór esete.

Archives générales de médecine, 1903. 7. szám. Marion: A térd resectioja az ízület megnyitása nélkül. Rénon és Géraudel: Postpneumoniás neuritisek. Klippel: Az acut pneumonia gyógyítása. Noël: Gyógyszerek összeférhetlensége.

Bulletin général de thérapeutique, 145. kötet, 7. füzet. Renaut: A táplálkozás és elválasztás némely tüneténye. Couetoux: Ésszerű bicyclinyereg.

Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 1903. 1. füzet. Du Castel: A nyelv gummái és epitheliomája. Chavasse: Buccopharyngealis úton eltávolított nasopharyngealis polypok. Lannois és Armand: Középfülgyulladás okozta kisagytyúlog. Zünd-Burguet: Vizsgálatok az m, b és p mássalhangzókról. Darbois: A nyák-hártyák lupusa és a phototherapie.

British medical journal, 1903. március 14. C. Th. Williams: A tüdőgümőkór diagnosisa. A. Hillier: A phthisis fertőző voltának termésete. N. Raw: Emberi és marhagümőkór. J. R. Johnson: Phthisis és házi fertőzés. J. J. Galbraith: A tüdőgümőkór diatetis kezelése. P. S. Hichens: A tüdőgümőkór sanatoriumi kezelése. W. Rushton Parker: Sanatoriumok tüdővészesekek számára. J. E. Godson: Hydramnios esete. A. Douglas: A zsigerek transpositioja. F. G. Haworth: Vesekőbetegség esete. E. K. Le Fleming: Terhességgel szövődött mitral stenosis esete. J. B. Hellier: Császármetszés esete rachitikus szűk medencze miatt.

The lancet, 1903. I. 9. szám. Norman Moore: Hires katona-orvosok. A. W. Mayo Robson: Gastroenterostomia. T. Outtersson Wood: Elmebaj és törvény. H. M. Tickell: Haemoptysis kezelése gelatinával. M. S. Mayou: Röntgen-sugarak használata a szemészetben. Fletcher, Beach: Epilepsiasok kezelése. E. Kenneth Campbell: A retinoskopia elmélete. J. P. Lockhart Mummery: Özombesonttörés kezelésének új módja. W. E. Carnegie Dickson: 13 hónapig a légutakban tartózkodott fog kiköthögése. W. Norwood East: Typhus esete hosszú incubatióval. J. Reid: Pneumonia és pseudo-diphtheria együttes előfordulása.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1903. március 20.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 8. hetében (1903. március 1-jétől március 7-ig) következő volt: I. Népességmozgalom. Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,481, összesen 790,529. Elveszületett 480 gyermek, elhalt 293 egyén, a születek tehát 218-vel multak felül a halálozásokat. — Születek aránya: 1000 lakosra: 32.5. — Halálozások aránya: 1000 lakosra 19.8, az egy éven felüli lakosságnál: 16.9, az öt éven felüli lakosságnál: 15.2. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 16, gümős agykérlob 5, agyguta 4, ránggörcs 11, terjedő hűdés 1, hátgerincezsvadás

0, szívbaj 24, hörglob 10, tüdőlob 32, hurutos tüdőlob 7, mellhártyalob 5, tüdővész 57, tüdőlégdag 4, bélhurut 18, májbajok 2, hashártyalob 2, kizárt sérv 0, Brightkór 7, veleszületett gyengeség 14, gyermekaszály 0, aggaszály 17, rák 14, méhrák 2, egyéb alképlet 0, gümös bajok 2, kanyaró 3, vérheny 20, álh. gégelob 0, ronesoló toroklob 5, hökhurut 0, gyermekági láz 1, hagymáz 0, influenza 3, himlő 0, veleszületett bujakór 1, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 1, lépfene 0, ebdüh 0, genyver 1, gyilkosság 0, öngyilkosság 9, baleset 4, erőszakos, kétes 0. II. Betegedések. a) Betegforgalom a községi közhórházakban. A múlt hét végén volt 3301 beteg, szaporodás 990, csökkenés 920, maradt e hét végén 3380 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi márczius 1-dikától márczius 7-dikéig terjedő 7. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): kanyaró 90 (85), vérheny 54 (47), álh. gége- és ronesoló toroklob 54 (47), hökhurut 16 (2), gyermekági láz 0 (2), hasi hagymáz 5 (0), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 20 (25), vérhas 0 (0), orbáncz 19 (18), járv. agy-gerinczagykerlob 0 (0), járv. fültömrigylob 8 (11), trachoma 11 (9), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

— **Egyetemi alkalmaztatások.** Az orvoskari tanártestület folyó hó 17-dikén tartott ülésén a következőket választotta meg: az I. számú belklinika *Morelli Gusztáv* dr.-t díjtalan gyakornokká; az általános kór- és gyógytani intézet *Picker Rezső* dr.-t díjazott gyakornokká (meghosszabbítás).

— **Ludvik Endre** dr.-t, a főváros dunajobbpárti kórházak igazgatóját f. hó 14-dikén kórházi szolgálatba lépte 30-dik évfordulóján kartársai, tisztelői, barátai ünnepélyes ovatióban részesítettek.

Réggel 9 órakor a szent János-kórház orvosi kaszinójában összegyűltek az intézet összes orvosi *Gyurmán Emil* dr. főorvos vezetésével, a megfigyelő osztály orvosi *Moravcsik Ernő* Emil dr. egyetemi tanár, főorvos vezetésével, a szent Margit-fiókkórház *Irsai Artur* dr. egyetemi tanár főorvos vezetésével és a régi János-fiókkórház *Polyák Lajos* dr. főorvos vezetésével. **Ludvik Endre** dr. igazgatót, kiért küldöttség ment, éljenzessel fogadták. *Gyurmán Emil* dr. főorvos lendületes beszédben mondotta el a budai és obudai kórházak történetét, mely minden időkre megörökítette **Ludvik Endre** dr. nevét és biztosította a mindig collegialis, jó főnököt összes kartársainak meleg szeretetéről, elismerő tiszteletéről. **Ludvik Endre** dr. igazgató megfogadta mondott köszönetet; szerény működéséért többször részesült már legfelsőbb helyről is elismerésben, de kartársainak e megható szeretete rá nézve a legszebb elismerés. Azután szerényen ráhárdította orvostársainak lelkes közreműködésére az elért eredmények érdemeit. *Thaly Loránd* dr. alorvos az alantas orvosok nevében rajongó szeretettel ünnepelte az igazgatót, azt a főnököt, ki a fiatal orvosoknak nemesak vezetője, de lelkes atyai barátja is. *Pethő Miklós* gondnok a kórházak kezelő tisztj seldinek élen és azok nevében köszöntötte az igazgatót. Végül *Petri Ottó* gyógyszerész a budai gyógyszerészek grémiuma nevében üdvözölte **Ludvik** igazgatót. Az igazgató minden szónoknak pár meleg szóval mondott köszönetet az ovatióért. Este az orvosok a Vadászkiút-szállóban ünnepi lakomára gyűltek össze, a melyen *Moravcsik Ernő* Emil dr., *Szentágh Félix* dr. egyetemi tanárok, kórházi főorvosok és még többen lelkes felkészítőkben ünnepelték a jubilánst, a kórház volt orvosai közül többen az ország különböző részéből táviratban üdvözölték. Ünnepelt kartársunk érdemei a dunajobbpárti kórházaknak a jelen idők szellemében történt újítása, berendezése és vezetése körül közismereteselek. Fogadja üdvözlésünket e jubileumra részünkről is.

× **A tavaszi tisztiorvosi vizsgálatok** Kolozsvárt f. évi április hó 6-dikán veszik kezdetüket.

— **A budapesti orvosi kör országos segélyegylet pénztárába befizettek:** Brünauer Ambró Eger 1901. évre, Ungár Mátyás Magyar-Óvár, Barák Samu Erzsébetfalva, Radó Adolf Siklós, Havas Éde Turovka, Hajnal István Békés, Ajtai Endre Szilágy-Somlyó, Ujlaki Miklós H.-Németi, Gábel József Rákossalva, Gadió Aladár D.-Szerdahely, Czukor Lajos M.-Mihály 1902. évre.

Poszvek Lajos Sopron 1901–1902-re, Frater Imre Nagyvárad, 1899–1902-re, Steiner Mór Győr, 1901–1902-re, Unterberg Adolf, Német Ignác, Steinberger Armin, Budapest, Kollár Kornél Besztercebánya, 1902–1903-ra, Kotucs János Gy.-Szemere, Pálffy Gyula Torda 1901–1902. Neubauer Henrik Temesvár 1897–1902-re, Ro-enfeld Zsigmond Báth, 1902–1903-ra, Terray Lajos Breznóbánya, Kohn Armin Hőgyész, 1903–1904-re, Friedmann Vilmos Varannó, 1902–1903, Rudy Béla, Bresztovics 1901–1902-ra, Nuszer Lajos Munkács, CsikyKároly Podolin, Zemplén vármegyei orvos-gyógyszersegylet Kovács Lajos Bozdán, 1902–1903-ra, Fischer Ferenc Brassó, Úveges László Huszt, 1901–1902-ra.

Háry István Zalaegerszeg, (10 korona) Csillag Gyula Dognácska, Gremsperger Ferenc B.-Csaba, Laurovich János N.-Lak, Gerer Károly Székes-Fehérvár, Bakó Sándor, Blayer Miksa, Bókay Árpád, Begech Gusztáv, Dózsa Pál, Dieballo Géza, Eisler Miksa Elischer Gyula, Eröss, Gyula, Farkas Sándor, Holl Valtér, Hőgyes Ferenc, Juba Antal, Jendrassik Ernő, Jarmay László, Károlyfi Armin, Liebermann Emanuel Lichtenstein Salamon, Lenkei Vilmos, Mihályovich Miklós, Moravcsik Ernő, Magyarevich Mladen, Ottó Ignác, Rosenberg Jenő, Pákozdy Károly, Politzer Ilés, Platzer Sándor, Steiner Samu, Seliga János, Szerb Zsigmond, Szikszay Sándor, Wahrman Simon, Székely Ágoston, (10 korona), Weiss Jakab, Rákosi Béla, Conicz Márton, Dumitreanu Ágost, Gmellin Ottó, Kaiser Károly Nádos Lipót, Stöszér Ödön, Trattler István, Tóth Lajos, Zahler Emil, Tatár János Budapest, Hívös Henrik M.-Dombóvár, Udránszky László Kolozsvár, Dragits Imre Szegzárd,

Poszgay Lajos Arad, Székely Dezső Rákospalota, Leitner Miksa Lugos, Lukics Imre Mező-Túr, Schwarcz Sándor Eger, Olari Valér Terego, Szabó Mihály Nagy-Körös, Kiesko Emil N.-Bodrog, Becher Áron Nagy Szalonta, Báron Jónás, Lovrich József, Nádaskay Béla, Planer József, Paczka László Budapest, Kauffer Dávid Merán, Fejér Dávid Gy.-Sz.-Miklós, Tenner Vilmos N.-Sz.-Miklós, Valovits Gyula Nagy-Kikinda, Friedländer Simon N.-Kosztolán, Karsay Zoltán N.-Bogán, Holländer Adolf Jankovác, Rudas Gerő Kolozsvár, Koczián Géza J.-Árokszállás, Balogh Jenő Léva, Ungár Adolf Siklós, László Elek Orosháza, Moskovitz Ignác Budapest, Hofbauer Miklós Hód-ág, Deutsek Ignác Budapest, Jávör Béla Ó-Gyalla, Rosz István Sopron, Lovrich Gyula N.-Bánya, Klein Jakab Lugos, Steiner József Pápa 1903. évre.

Alapítványt befizette: Hajniss Géza, Balogh Tibamér, Mutschenbacher Béla 20–20 koronát: Herczka Imre 10 koronát; adományt Rózsavölgyi Mór Budapest 6 korona. Budapest 1903. márczius 15. *Katona József* dr. pénztáros. IX., Soroksári-utca 74.

— **Trachoma-cursus.** A belügyministerium vezetésével megbízott m. k. m. miniszterelnök megbízásából Grósz Emil dr. a budapesti egyetem ny. rk. tanára a székes főváros szent István-kórházának trachomaosztályán a trachoma kór- és gyógytanából 1903. június hó 15–24-dikéig tanfolyamot tart, melyre ezúttal első sorban Pest-Pilis-Solt-Kis-Kún, Bács-Bodrog, Csanád, Csongrád, Temes és Torontál vármegyék tisztí, községi és körorvosai, legfeljebb 20-an nyerne felvételt. A cursus díjtalan s a résztvevők úti költségükön kívül 8 korona napidíjat kapnak.

|| **Az élet és körvegytani tanszék** betöltésére a tanártestület a közoktatásügyi miniszternek első helyen egyhangúlag *Tanul Ferencc* dr. állatorvosi főiskolai tanárt, második helyen szótöbbséggel *Vámosy Zoltán* dr. gyógyszerztani adjunktust hozta javaslatba.

| **Felhívás Magyarország összes járási orvosaihoz.** A vármegyei tisztviselők országos mozgalmat indítottak fizetésüknek az állami tisztviselők fizetésével arányos fizetési osztályok szerint való rendezése tárgyában.

Szervezkedés czéljából a küldöttségek f. 1903. évi márczius hó 25-dikén Budapesten, a vármegyei házában tartanak értekezletet.

Felhívjuk az összes járási orvos urakat, hogy érdekeink istápolására e gyűlésen minél nagyobb számban megjelenni sziveskedjenek. Együttal kéretnek az érdeklődő kartárs urak, hogy előértekezletre f. évi márczius hó 24-dikén, esti 8 órakor a Pannónia szálló éttermében jelenjenek meg. Szombathely, 1903. márczius 16. *Gergő Samu* dr. s. k., *Markovits Sándor* dr. s. k., *Schlesinger Armin* dr. s. k., *Dukai Tivács Benedek* dr. s. k., járársorvosok.

× **Hőgyes tanár Pasteur-intézetében** f. é. február havában 201 veszett vagy veszettségre gyanus állatmarta egyén (164 magyarországi, 32 horvát és szlavinai, 4 boszniai és egy bukovinai) nyert antitoxin edőltást. 193 egyént eb, 5-öt macska, 2-t sertés és 1-et ló inficiált. Évi folyó szám: 418; egyetemess folyó szám: 20085. Haláloset e hóban nem fordult elő.

+ **Megjelent.** T. György: Zur Prioritätsfrage Holmes-Semmelweis. „Janus” 1902. — Doktor S.: Kézmárszky Tivadar. Budapest. 1903. — Jelentés az országos közegészségügyi tanács 1902. évi működéséről. Budapest. 1903. — *Wagner-Mágócsy*: Magyarország virágos növényei. Termtud. Társ. kiadványa. 1903.

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kifünő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospectus.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő
Budapestben.

Természetes forró, meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógyvíz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatósága** Budán.

KRONDORFI

A LEGJOBB
NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Elektromagneses intézet dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában Budapest, Városligeti fasor 13. Elektromagneses erő alkalmazási tere: **álmatlanság, izomcsúsz, neuralgiák, ischiás, szívneurosisok, ideges gyomor-, bélbántalmak, migraine, stb.** — Orvosi vezetés. — Kezelés egész napon át. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1903. évi márczius hó 16-dikén.) 196. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (X. rendes ülés 1903. évi márczius hó 14-dikén.) 197. lap. — Közkórházi orvostársulat. (II. bemutató ülés 1903. évi február hó 4-dikén.) 198. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület tuberculosis-bizottsága. (Ülés 1903. évi márczius hó 10-dikén.) 199. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1903. márczius 16-dikén.)

Elnök: **Than Károly**, jegyző: **König Gyula**.

Orvosi tárgyú értekezés volt.

Ónodi Adolf levelező tag: **Az ikéből és a leghátsóbb rostasejt viszonya a látóideghez.**

A chiasma, a nervus opticus és a canalis opticus ismert bonczatani viszonya az ikéből képezi alapját az orrgyógyászatban és a szemészetben uralkodó azon általános nézetnek, hogy a látóideg hüvelyének és csontesatornájának megbetegedése az ikésont testének és öblének megbetegedésével függ össze. Miután ezen kapcsolat felvétele csak egyes esetekben volt a sectionnal is beigazolvva és egyes esetekben csupán a bonczatani viszonyok ismerete képezte az okozatos összefüggés felvételének az alapját, azért előadó vizsgálat tárgyává tette az ikéből és különösen a leghátsóbb rostasejt viszonyát a látóideghez.

Húsz fej és ezek közül három félfej állt rendelkezésére. Ezen esetekben az ikéből hossza 11 és 33 mm., a szélessége 10 és 22 mm., a magassága 10–16 mm. között ingadozik. A leghátsóbb rostasejt hossza 8 és 30 mm., szélessége 8 és 40 mm., magassága 10 és 26 mm. között ingadozik. Hat esetben találta mindkét oldalon a leghátsóbb rostasejtet az ikésont kis szárnyának területében és kilenc esetben csak az egyik oldalon. Öt esetben találta az ikéből az ikésont kis szárnyának területében. Azon hat eset közül, a hol mindkét oldalon volt a leghátsóbb rostasejt az ikésont kis szárnyában jelen, ott mindenütt a canalis opticus medialis falát képezte, két esetben a canalis opticus alsó falát és két esetben a sulcus opticus falát is alkotta a leghátsóbb rostasejt. A három félfejen csupán a leghátsóbb rostasejt képezte a sulcus opticus, a foramen opticum és a canalis opticus falait. Hat esetben csak az egyik oldalon volt az ikésont kis szárnyában egy leghátsóbb rostasejt jelen, ezek közül öt esetben a leghátsóbb rostasejt a canalis opticus medialis falát képezte ugyanazon oldalon, egy esetben azonban a canalis opticus falaival semmi viszonyban nem állott. Ezen esetekben, a hol a leghátsóbb rostasejt hiányzott, ötször képezte az ikéből a canalis opticus falát, egy esetben pedig mindkét canalis opticus falát a megfelelő oldali ikéből alkotta. Öt esetben az ikéből terjedtek az ikésont kis szárnyának területébe és képezték a canalis opticus falát. A ikéből falának vastagsága a foramen opticum magasságában többnyire papírvékonyaságú, kivétel nélkül papírvékonyaságú a canalis opticus fala, ha azt a leghátsóbb rostasejt képezi. Három esetben felemlítésre méltó különbséget talált az ikéből falának vastagságában a foramen opticum magasságában, az egyik esetben baloldalt 2 mm., míg a jobb oldalon papírvékonyaságú, a másik esetben a bal oldalon 1 mm. vastag, a jobb oldalon 5 mm. vastag, a harmadik esetben a bal oldalon 4 mm. vastag, a jobb oldalon 3 mm. vastag az ikéből fala.

Ezen vizsgálatok világosan mutatják, hogy gyakori a leghátsóbb rostasejt jelenléte az ikésont kis szárnyának területében, továbbá, hogy jelenléte szoros viszonyban áll a látóideget tartalmazó canalis opticus-sal, sőt a sulcus opticus-sal is, melyen a nervus opticus és a chiasma fekszenek. A leghátsóbb rostasejtnak kimutatott terjedelme, leírt helyzete és szoros viszonya a sulcus, canalis és nervus opticus-hoz klinikai szempontból fontosságot kölcsönöz neki, melyet különösen hangsúlyoz azért, mert eddig a nervus opticus canaliculus megbetegedésének felvételénél csaknem kizárólag szinte sablonszerűen az ikéből és annak elváltozásai jöttek szóba.

Az ismertetett viszonyok klinikai jelentőségének fejtegetéséről, valamint az egész kérdés és különösen egyes esetek kritikai megvilágításáról más helyen lesz szó. A leghátsóbb rostasejtnak szoros viszonyát a nervus opticus-hoz előadó nyolcz természetű fényképfelvételben demonstrálta.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(X. rendes ülés 1903. márczius 14-dikén.)

Elnök: **Bäcker József**. Jegyző: **Illyés Géza**.

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri **Bókay János**, **Baumgarten Egmont**, **Berend Miklós** tagtársakat. Jelenti, hogy az egyesület könyvtára részére beérkezett **Illyés Endrétől** „A budapesti egyetem általános kór- és gyógytani intézetével kapcsolatos Pasteur-intézet 1901. évi működése”, és **Arányi Zsigmondtól** három különlenyomat. Köszönettel vétetik.

Sporadikus cretinismus gyógyult esete.

Bókay János: Bemutató votított képeket mutat be, melyekkel demonstrálja egy myxoedemás idiotia-eset lefolyását thyreoidea-tabletták rendszeres adagolása mellett. Az eset két éves korában került kezelése alá és négy év után a cretinismusként és a myxoedemás állapotnak már

nyomai is alig észlelhetők. Utal az amerikai irodalomban közölt szép esetekre és tapasztalatai alapján, melyek más hasonló esetekben is feltűnő kedvezők voltak, myxoedemás idiotia eseteiben a thyreoidea praeparatumnak rendszeres adagolását a legmelegebben ajánlja. Kóros mellékhatást adagolási rendszere mellett egy esetben sem látott.

Ranschburg Pál: Egy 17 éves 103 cm. hosszú leányt mutat be sporadikus cretinismussal. Gyermekkortól fogva több photographiát készítettek róla, a melyeket szintén demonstrál. Hogy infantilis myxidiotia forog fenn, kitűnik abból, hogy kora gyermekkorától fogva észleltetett, pajzsmirigye ki nem tapintható, umbilicalis sérv van, melyet Oppenheim jellegzőnek tart. Az utóbbi évben 2 cm.-t nőtt, az utolsó előtti évben 4 cm.-t. Szellemi képességei megfelelnek egy 3–4 éves gyermekének, de másrészt tanulékony bizonyos mértékig, szépen megtanult írni, olvasni, számolni, de számolási műveleteket nem képes elvégezni. Thyreoidea-kezelést akar bemutató megpróbálni és az esetet aztán bemutatni.

Bókay János felemlíti, hogy kivételes esetben sporadikus cretinismusként a glandula thyreoidea teljesen normális állapotban lehet jelen. Ily esetről tett legújabbban jelentést **Siebert Strassburgból** a karlsbadi vándorgyűlésen. A kérdéses esetben a bonczvizsgálat bizonyította a glandula thyreoidea rendes voltát. Természetes, hogy ily kivételes esetekben a thyreoidea adagolásától eredmény nem várható.

Az arteria pharyngis ascendens aneurysmája.

Baumgarten Egmont: A. 42 éves nőtlen egyén. Az az egyedüli baja, hogy igen erősen horkol, hogy senki sem alhatik tőle a szobában. A horkolás rendszeres nasalis eredetű lévén, az orrt és az orrgaratot megvizsgálta, de azt rendszeres találta és a csukott szájjal való horkolás ritka esetre gondolván, a szájpaddást és a garatot közelebről megvizsgálta. Itt egy egészen ritka, az irodalomban csak itt-ott említett jelenséget talált, melyet bemutatói érdemesnek tartott. Ha a garat jobb oldalát vizsgáljuk, egy, a jobb oldalfalról kiinduló, befelé majdnem a garatfalközépig terjedő, rendes nyálkahártyával fedett, félkör szerű kiemelkedés látható, melynek különösen belső fele a pulssussal synchronikus, egyidejűleg lüktet úgy, hogy a puha szájpaddás és az uvula is megrezzen. A kiemelkedés lefelé a nyelvgyök magasságáig és felfelé az orrgaratúrs első harmadáig terjed. Ha az uvulát e czélból kissé felfelé emeljük, ezen utóbbi helyen ezen phaenomen legjobban látható. A betegnél Terray kartárs kezdődő arteriosclerosisát constabált.

A leírt tünetek után az arteria pharyngis ascendens aneurysmájával van dolgunk. A kiemelkedés alakját és nagyságát a fej mozgásával változtatja és valószínűleg fekvő helyzetben legjobban tölti ki az orrgaratúrs e részét, és ezen körülmény okozhatja a horkolást. Az aneurysma eddig semminemű helybeli tüneteket nem okozott.

Adatok az újszülöttek morbiditásáról, különös tekintettel a köldökkezelésre.

Berend Miklós és Rácz István: Az előadók az Eröss és Doktor S. főle vizsgálatokból indulnak ki, melyek az újszülött nagy morbiditására, az újszülöttek nagy lázperzentjére (32–45%) figyelmeztettek, és arra, hogy a rendes köldökgyógyulás milyen ritka; rendesebb a köldökgyógyulás, ha az újszülötteket a köldök leválásaig nem fűrésztetjük, így a lázszámot Doktor 11%-ra tudta redukálni. Az e tárgyra vonatkozó irodalom részletes ismertetése után áttérnek a saját összehasonlító statisztikájuk tárgyalására, állást foglalnak az ellen, hogy a köldök leválása lobos reactio következménye. 1000 fűrésztött és 1000 nem fűrésztött újszülött köldökleválási napjának összehasonlító táblázatából kimutatják, hogy e tekintetben nincs a két csoport közt észrevehető különbség, s hogy a köldökleválás ideje nem tekinthető a gyógyulás kritériumának; kimutatják a leválás idejét befolyásoló külső körülményeket, melyek eddig figyelembe nem vettek; megemlítik a csonk különböző kezelési módjaival (hintőporok, alkoholkötés) elért eredményeket. A kérdés lényegét a gyógyulási viszonyokról és a fellépő lázakról összeállított táblázat illusztrálja, ebből kiderül, hogy kóros leválás, tehát köldökbetegségek a fűrésztött újszülöttek közt 2-szer oly gyakoriak, mint a nem fűrésztötteknél s hogy az alkalmazott higienikus intézkedésekkel az összes láz %-ot 9.3%-ra sikerült nem fűrésztöttek közt redukálni, míg a fűrésztöttek csoportjában 19.7%-os lázas volt. Ez eredmények sokkal jobbakként a Doktoré, mert Doktor 38%-tól, ők pedig 37.8%-tól számolták a lázakat; kimutatják, hogy a nem fűrésztötteknél fellépett köldökbetegségek relative könnyebb lefolyásúak; tárgyalják a fellépett lázak tartamát és minőségét, azon conclusioval, hogy a fűrésztöttek közül több hargya el lázasan a kóródást és több hal el; a viszonyok illusztrálására kimerítő statisztikát adnak az összes észlelt kórformákról, a fűrésztött és nem fűrésztött újszülötteknél; e statisztikából kiderül a többi higienikus intézkedés haszna és a nem fűrésztött csecsemők általában kisebb morbiditása; az elért eredményekből azon conclusiót vonják le és bizonyítják be, hogy az újszülött pihentetése, minden activ eljárás kerülése az egyedül helyes vezérelv az újszülöttek kezelésében; a mint a száj és az emlőbimbó-mosások elhagyásával elérte Berend a soor kipusztítását a kóródárról; a rhagadok számának csök-

kenését, és a rhagadokkal összefüggő dyspeptikus vagy éhezési állapotok számának tetemes apadását érthette el, az első 24 órában elhagyva minden szopási kísérletet és a következő napokban is korlátozva a szopást. Ez intézkedések helyességét az észlelt kedvező súlyviszonyokkal illusztrálják. *Conclusio:* a füröztetés a köldökleeséséig eltiltandó, az ép újszülött anyageseréjét fokozni célzó eljárások elhagyandók.

Bókay János: Mindenekelőtt engedelmet kér, hogy mint szakember legnagyobb elismerését fejezze ki előadónak az érdekes kérdések egész sorának megvilágításáért. Általában constátálhatja, hogy az újszülöttek pathológiájára vonatkozó nagyszámú fontos kérdéseket az Epstein-féle prágai klinika mellett a magyar paediatrák világították meg legjobban, ezért dicsérheti ez irányú munkálkodásukat, mert maga ezen irányban nem működött közre.

A mi a Berend által felvetett kérdéseket illeti, csak a füröztetéssel akar behatóbban foglalkozni, csupán a praxis szempontjából. Hasonló kérdés volt, melylyel évek előtt itt és a Budapesten tartott gyermekvédő-congressuson is foglalkoztak, a szájmossa kérdés és bár akkor is elismerte e munka érdemét, nem tartózkodott a kritikától, mert kötelességének tartotta meggyőződésének kifejezését adni. A szájmossa kérdésében Epstein, Erőss s mások hasonló szélsőségen levő álláspontját nem osztotta és örvendő tapasztalta, hogy a legújabb keletű tankönyvek az ő álláspontját, illetve azok álláspontját foglalják jórészt el, kik meghagyják a szájmossaokat, de végeztek azt „*lege artis*”. Mert a mi a klinikán nem jó, kérdés, hogy a praxisban nem válik-e be teljesen? A klinikán helyes, ha nem végeznek szájmossaokat, nehogy egyik újszülöttről a másikra vigyék át az infectiót. Csakhogy a dolgonk bibéje az, hogy a bábák átvitték azt a praxisba is és az egy éves csecsemőnél is azt kérdezik a szülők, hogy nem árt-e a szájmossa, pedig eredetileg csak arról volt szó, hogy az újszülötteknél hagyassák el a szájmossa a klinikai gyakorlatban.

A Berend-Grósz-féle statistikából azt látjuk, hogy Bednár apthák szájmossa nélkül is vannak, különösen nagy számban a Grósz-időszakban fordultak elő soor-esetek. Mélyebben nem akar a kérdésbe belemenni, csak azért említi fel, hogy bizonyos kérdések megfejtésénél óvakodjunk a túlzásoktól s óvakodjunk minden kritika nélkül átvinni a gyakorlatba azt, a mit a klinikai gyakorlatban jónak találtunk. A mi a füröztetés kérdését illeti, bátor előadót kérdezni, hogy egyszer sem fürösztetni a gyermeket, vagy az első füröztést végezteti?

Berend: Az első füröztést végeztetik.

Bókay János: Isméri Berend tételeit, de a conclusiót úgy mint tette nem fogadja el, mert ha azon álláspontra helyezkedik, hogy az újszülöttet ne fürösztszük (eltekintve az első fürdőtől), akkor a füröztést addig kell beszűntetni, míg a köldökseb teljesen be nem gyógyul. Ez a helyes logika.

Igy most az a kérdés, hogy az előadó vizsgálatait, melyek iránt a legnagyobb elismeréssel viseltetik, megoldják-e a kérdést? Mindenek előtt fontos és érdekes annak kiemelése, hogy Berend úgy találta, hogy a köldök leválása a füröszötteknél gyorsabban következik be. Azonban talán igazat ad előadó, hogy a magyarázat, melylyel a köldök-csonk leválását füröszötteknél commentálja, nem áll meg, mert igaz, hogy a füröztetés alkalmával a csonk megmozgattatik, de mégis azt kell mondani, hogy a szülésznő nem vongálja a csonkot, mert akkor omphalorrhagiát gyakorabban látnánk. Hogy e kérdést mennyire kell még tanulmányozni, bátor Lange-re hivatkozni, ki szerint füröszötteknél lassú a mumificatio és így természetűleg a csonkleválás is, tehát épen az ellenkezőt állítja mint Berend. Egyáltalában azt tartja, hogy a köldökcsinór-csonk bakteriumflorájának tanulmányozása a főfeladat. *Besch* tett ugyan erre nézve vizsgálatokat, de szülő kívánsága, hogy hazai erők működjenek közre ezen irányban, mert azt hiszi, hogy bakteriologiai úton fogjuk e kérdést legkönnyebben tisztázhatni.

Mint a Berend statistikájából látjuk, a Grósz időszakában füröszöttek gyermekeknél 524 esetben volt sphacelus, Berend idejében pedig 234 esetben. Minden esetben nehéz két oly statistikát szembeállítani, melyeket két különböző, bár egyenlő súlylyal bíró szakterő állított össze, mert bizonyos dolgoknak definiálásán fordul meg sok dolog. Azt hiszi jövőre jó volna egy ugyanazon észlelének párhuzamos vizsgálatokat végezni újszülötteken, egyiket füröszteni, a másikat nem füröszteni, a mint az esetek egymásután következnek.

Miután a kérdés eldöntésénél a Berend által szolgáltatott adatok az ő javára billentek a serpenyőt, kérdés nem csúsztak-e be hibák, melyek az ő figyelmét elkerülték. Egy ilyen nagyon is számba jövő hibaforrás az, hogy két különböző szerző statistikáját állítja egymás mellé, holott a klinika hygiénes viszonyai azóta az új klinika létesítése által tetemesen megjavultak. A mi a lázat illeti, egyéni felfogás dolga, vajjon a 38° vagy 37-8° C.-ot veszszük-e a lázas hőmérséklet alsó határának. Az orosz Alexef 37-9° hőmérsékletet észlelt átlag közvetlenül a szülés után és ezt veszi normális határnak.

Ez azért fontos, mert a Berend-féle számok így lényegesen módosulhatnak. Szólok azon nézetem van, hogy a napontai fürösztetéseket elhagyni kissé bajos; annyival inkább nem hajlandó azokat elhagyni, mert Berend adatai nem győzték meg azokat káros voltáról, hisz még a füröztetés ellenzői is concedálják az első fürdőt. Azt hiszi, hogy egy fürdővel nem is tudjuk eltávolítani radicalisan a vernix caseosát és fürösztetés nélkül, nézete szerint, a gyermeket tisztán tartani nem lehet.

Minich Károly: A ductus Botalli és a köldökek thrombosis nélkül gyógyulnak; ha a gyógyulás zavart, akkor ezt valamely kóros hatányra kell visszavezetni.

A vizsgálatok igazolták, hogy összehúzódik a Botalli-vezeték és falai összenőnek, mert thrombus nincs, sarjak képződéséről tulajdonképeni értelemben szó nem lehet. Másrészt a köldökcsinór mumifica-

tioja tisztán a physika törvényei alapján következik be, mert vérkeringése nincs. Ennek leválása nem történhetik bizonyos lobos reactio nélkül, mely a köldökben mindig megvan és ez szükséges is, mert ez óvja meg az újszülöttet a seben át való fertőzéstől. Évek előtt végzett kísérletek igazolták, hogy lobos udvar van és ennek megvan a maga szerepe, t. i. a további infectionnak gátat vetni. Virulens anthrax-cultúrák nem fertőzték a köldököt, csak ha bemetszéssel kaput nyitottak nekik.

Előadó továbbá azt ajánlja, hogy a köldökcsinór csonkjából a vért szorítsuk ki, hogy ily módon meggátoljuk a fertőzést. Meg akarja említeni, hogy a köldökek teljesen összehúzódnak és üresek, ott véralvadék nem képződik, és ha véralvadék van, akkor infectio vagy más kóros hatány következtében állott be hiányos összehúzóadás. Az újszülött világrajövetelével légzőmozgások jönnek létre, ezek aspirálják a vért, a köldökek összehúzódnak, és ezért, ha a légzés tökéletlen, pl. koraszülöttnél, a köldökek nem fognak jól záródni és megtörténhetik, hogy a köldökcsinór csonkján vérzés áll elő, de egészen jól fejlett újszülöttnél alig fordul elő vérzés.

A füröztetés kérdésében osztja Bókay tanár nézetét, hogy a füröztetés elhagyása csak akkor volna tökéletes, ha az első fürdőt is elhagynánk, mert akkor semmiféle olyan anyaggal nem hoznák összeköttetésbe, mely inficiál. A nemfüröztetés mellett felhozható theoretice az, hogy a köldökcsinór csonkja bizonyos fokig beszáradt és bármilyen gyengéden bánnak is vele, a merev köteg mozgathatása által a lobos gáton valami rés ejtetik. A köldökcsinóron át a legtrikább esetekben következhetik be fertőzés, mert saját vérkeringése nincs.

A mi végül a köldökfertőzéseket illeti, úgy a klinikai anyagon, mint a törvényszéki orvostani intézet anyagán ismételve látta, hogy a köldökfertőzés eset tulajdonképen ritkaság és nem volna hajlandó omphalitis catarrhalis, thromboarteritis és septicæmia között különbséget tenni. A thromboarteritis circumscripta is sajátos kóralak, mert a legtöbb fertőzés a venán át történik. A hol az arteria szabadon levő végében van geny, ez már omphalitis is lehet, hogy ez nem lesz halálösszesség, onnan van, mert nem vezet sepsishez.

Szontágh Félix: Teljesen Bókay conclusioihoz csatlakozik; azt tartja, hogy a csecsemő bőrét tisztán kell tartani. A Bednár apthák aetiologikus momentuma első sorban a trauma és pedig a szájmossa. De tejhány esetében a nyelv nyomása is elégseges szopás alkalmával elhhez. Mint tavalyi előadásában kifejtette, a súlyfogyást nem sikerül az első napokban megátolni, de ebből valami nagy baj nem származik. A colostrumnak megvan a maga élettani hivatása. Nagy fehérjetartalma miatt nagy a tápereje, és a tej nem hirtelen alakul át, hosszabb idő kell hozzá.

Taufer Vilmos: A Grósz Gyula és Berend tagtársak épen bemutatott nagyszorgalmú vizsgálatainak kiindulási pontja klinikáján, egy a természet-vizsgálók nagyváradi vándorgyűlésén tartott előadás volt, a hol *Erőss Gyula* tagtárs találó képet festett a szülészeti klinikáról az irányban, hogy rendszerint mi a sorsa e helyeken az újszülötteknek: „a professor megjelenik kíséretével valamely kórteremben, a gyermekágyasok egyikéhez lép, tárgyalni kezdi a felmerült eseményeket; csakhamar belehangzik egy-egy csecsemőnek sirása; ez még hagyján! kis vártatva egy második sívalkodása hangzik bele, mi már kellemetlenebb; végre egy harmadik és negyedik egészíti ki a concertet úgy, hogy saját hangját sem hallja az előadó. Mi természetesebb ilyenkor, mint a felhangzó rendelkezés: ki a csecsemőkkel a teremből!” Megvallja, hogy Erőss tagtárs e szavai akkor nagyon bántottak! de miért? bizonyára csak azért, mert érezte, hogy igazat mond. Hazaérkezve azonnal változás történt a klinikán s ime ma a csecsemők ápolásáról azon minutiosus táblázatokban számolhatunk be, a melyeknek kidolgozása mögött eléggé nem méltányolható óriási szorgalom rejtőzik, melynek érdemét a legszívesebben ismeri be.

T. kartársak, a mikor a Bókay tanár által Grósz-féle időszaknak nevezett statistikát látta, hol 1000 újszülöttnél nem kevesebb mint 1365 betegség constátálódik, úgy tűnik fel, hogy túl lövünk a czélon; még a második ezres csoport 834 megbetegedése is túlságosan nagy szám. Ha ugyanilyen rigorositással vizsgálunk végig 1000 felnőtt egészséges embert, úgy reájövünk, hogy egy sem egészséges igazában, mert hát legalább egy cariosus foga csak található a legegészségesebbnek is. A csecsemők itt kimutatott nagy morbiditása tehát csak cum grano salis veendő.

Az első 1000 nagy morbiditásának láttára örömmel vette az ígért kilátásokat, hogy radicalis változtatásokat téve a csecsemők kezelésében — a morbiditás lényeges javulása várható. A szájmossa és füröztetés elhagyására nem minden aggodalom nélkül ment bele, mert klinikát vezető lelkiismerete nem volt eléggé megnyugtató. A reformoknak azonban útját nem állotta és a gyakori és szorgos controlt leszámítva csak azt kötötte ki, hogy a kérdések megvitatás végett, mihelyst az észlelések odáig jutottak, az orvosgyógyászok elé lesznek hozandók. Időközben azonban mindinkább megnyugtatták az észlelt eredmények: a csecsemők nagyon kielégítő egészségi állapota és a lelkiismeretes pontosság, melyet a két gyermekgyógyász, t. i. Grósz Gyula és Berend tagtársak és a klinika személyzete a csecsemők észlelése körül lankadatlanul tanusítottak.

És most, a mikor azt hiszi, hogy a detail munkának végére jutottak, beleszólt az általa nagyon tisztelt szakferfiú, t. i. Bókay János tagtárs és constátálja, hogy az észlelésbe hibák csúsztak be, a munkát elülről kell kezdeni, párhuzamosan vizsgálatokat végezni, újabb 1000 és 1000 csecsemőt minutiosusan kell párhuzamosan végigészlelni! Hát tagtársak, ez nagy munka, de hát mit tegyünk? Ha az igazat, a jót akarjuk, úgy ez elől sem szabad kitérnünk, bár szóló maga, eddigi

összehasonlító tapasztalások alapján, az eljárás helyességéről egészen meg van győződve.

Minich egy megjegyzését kell még rectificálnia. T. i. Minich tagtárs véleménye a köldökesonk üres voltát illetőleg egészen helytálló, ha a köldökszínör elkötése akkor történik, a mikor abban a lüktetés már teljesen megszűnt, azaz, a mikor az újszülött vérkeringése a kis vérkörben már teljesen normális állapotba jutott; amde a köldökszínör elkötése a legtrikábban történik ilyenkor; a legtöbbször pedig akkor, a mikor abban a lüktetés meggyöngült ugyan, de még érezhető; ilyenkor a köldökesonkban még vér van! Azt gondolja, hogy nem közömbös, ha a szülész a törvényszéki orvost erre a körülményre figyelmezteti.

Erőss Gyula: A 80-as években foglalkozott boldogult Kézmarszky idejében a normális újszülöttek hőmérséki viszonyaival. És a mint a normális hőmérsékekre vadászott, az újszülötteknek majdnem fele lázas volt: 43%. A mikor az ember normális viszonyokat keres és lázas állapotot talál, keresi az okokat. Feltűnő volt, hogy két régi nagy fakádban egymásután megfürösztöttek 9–10 gyermeket egy vízben, azután két ápolónő tovább vitte a kádat szobáról szobára. Ezt szóló a klinika akkori vezetőjének, Kézmarszky tanárnak elmondotta, és megkezdődött a javítás. Új kádak, nem épen külön minden gyermek részére, de külön a köldökbaosok, szembajosok, szájbajosok részére, később más intézkedések: intézeti ruhák a csecsemők részére, szájmosságok elhagyása, végül egészen új intézet.

Mindezek folytán az újszülöttek viszonyaiban jelentékeny javulás állott be. Ez az evolúciója annak, a minék lényeges eredményeit Berend előadásában láttuk, a mit szívből üdvözlő, nem azért, mert ő kezdeményezte, hanem, mert tartja olyan fontosnak, mint a gyermekágyi fertőzést. Lényegileg egy és ugyanaz a kérdés.

Azt hiszi, Berend a kérdést széles alakra fektette és állításai további vizsgálatokra szorulnak, különösen az anyageserét illetőleg.

A nem fürösztést illetőleg mindenben hozzájárul Berend fejtegetéséhez. Az I. számú szülőklinikán 10 év óta beszüntették a fürösztéseket és mondhatja, hogy a köldökmegbetegedések azóta nagyon ritkán fordultak elő, úgy hogy határozott előny a fürösztés elhagyása.

A szájmossást illetőleg szóló a 80-as években vizsgálatokat csinált két egymás mellett levő szobában, 2%-os bóroddalattal vattával mosatta a száját minden szopás után.

A szomszédos két teremben száját nem mostak. És néhány száz szájmossott közül 18-4% kapott sort, a nem mosottak közül 3-5%. A privat praxisban a babák tudják, hogy ő nem mosatja a száját, ellenben mosatják, ha tudják, hogy pl. X jár oda, a ki szereti a szájmossást. A gyengéd szájmosság nem mérlegelhető, mert függ a mosó kéztől, a gyermek szájának vulnerabilitásától stb. Szóló a szájmosság elhagyása mellett van.

Kelen Béla: Minich szerint thromboarteritis nincs. Erre nézve meg kell jegyeznie, hogy közönségesen arteriának hívjuk azt az edényt, mely a szívtől elviszi a vért, venának, mely odaviszi a vért. A köldökön ez épen megfordítva van, mert a thromboarteritis itt a venán folyik le. Innen származhatott a differentia előadó és Minich között.

Berend Miklós: Bókay tanár hozzászólására, hogy „a mi a kór-dán jónak bizonyult, az nem mindig válik be a magángyakorlatban” az a válasza, hogy elismeri, mikép a jobb módú magángyakorlatban a fürösztés daczára se betegszik meg a gyermek, de a szegény gyakorlatban olyan methodust kell ajánlanunk, hogy az újszülött könnyen meg ne betegdjék és azt hiszi, a nem fürösztés erre a célra jobb. Hogy a Bednár apthák a szájmosságok nem végzése daczára fellépnek, annak oka lehet, hogy a születés után azonnal kiveszik a szájából a nyákot és így alkalom lehet a fertőzésre s azután a mit Szontágh tanár is mondott, ha a gyermeknek nincs elég teje a szopásra, a nyelvvel felhámhorzsolásokat idéz elő a kemény szájpád nyákhártyáján. A septikus szájloboknál a traumás fekélyt mindig ki lehetett mutatni. Hogy most a soor kisebb számban lépett fel, annak oka az új klinikába való költözésen kívül az is, hogy bár már Grósz megszüntette a szájmosságokat, szóló a bimbómosásokat is megszüntette! Az isolatio is hozzájárult a jobb eredményhez, de egyedül nem lett volna elég. *Kehrer* állítja, hogy a soorfertőzés a levegőn át is lehetséges.

Eddig csak azt hallottuk, hogy miért ne mossuk a száját; szóló kérde, hogy miért mossuk a száját? Az újszülöttnak nincsen foga, nincsen bomló tápanyagmaradék a szájában, tehát nincs ok a száját mosni.

Az anyageseréről tett tapasztalata még sok tekintetben bebizonyításra vár. Meghajlik az érvek előtt. Minden activ beavatkozás árt.

Nem 1365 betegségről, csak kóros jelenségekről van szó, melyek az egészséges határán már túl vannak. Szóló meg van elégedve előadása eredményével annyiban, hogy Bókay tanár a klinikai gyakorlatban elismeri a nem fürösztés jogosult voltát.

Bókay (közbeszól): Csak reserváltan.

Berend: de meg van győződve, hogy a mi a klinikai gyakorlatban jó, a magángyakorlatban rossz nem lehet. Ha a fürösztés megárt, akkor korlátozni kell; ha a csonk leesett, ott granuláló felület van és ez az infectionnak útját állja. Ezért nem szükséges a teljes gyógyulási korlátozni a fürdést, különben se tudná ezt a baba mérlegelni.

A mi a leválást illeti, alig van 4% differentia, ezt a fürösztés mellett értékelni nem volna képes. A mi *Lange* kijelentését illeti, szóról szóra ezt mondja: „Wie wichtig des Aussetzen des Bades für die Verhütung von Nabelinfectionen ist, wird bis heute vielzuwenig anerkannt.”

Bókay (közbeszól): *Ö Fischle* hivatkozott, *Langer* szerint a

fürösztötteknél lassabb a mumificatio és így természetesen a csonk leválása is.

Berend: 24 óra múlva mumifikálódik a csonk, de protraháltatik a leesés. A mumificatio és leválás nem analog dolgok, ezek egymástól elkülönítendőek. A lobos reactiót ma is tagadja, a loválás ideje főképp a csonk vastagságától és a gyermek vitalitásától függ. A mi a temperaturát illeti, ő a 37-80-ot már lázasnak tartja. Erőss post partum 37-90-ot észlelt, sőt 38-10 C.-ot is, de ez néhány óra múlva leesik és csak kétszer 24 óra múlva emelkedik 37-0-ra.

Legyen szabad azonban legmélyebb köszönetét kifejeznie Bókay tanár hozzászólásáért, a melylyel előadását kitiűntette, és igyekezni fog az általa ajánlott irányban vizsgálatait kiegészíteni.

Minich kartárs olyat mondott, mintha az elemi ismereteket nélkülöznék. Ezzel szemben legyen szabad megjegyeznie, hogy úgy látszik, nem ismeri a köldöksepsisről megjelent újabb dolgozatokat. Utal *Finkelstein*-éra, a melyben ki van mutatva, hogy oly csekély edényelváltozások nyomán, mint eddig felvették, köldöksepsis anatómiai diagnosist felállítani nem szabad. Ő azt állítja, hogy a vena megbetegedése gyakoribb, tehát ő összetéveszti a venát az arteriával. A mi pedig azt illeti, hogy az omphalitisnél a vena megbetegedett, az azért nem áll, mert az omphalitisnél egy edény sem betegszik meg. Végre a mi a köldökesonk vértartalmát illeti, teljesen téves, hogy az üres a lekötés előtt, az üresség és összehúzódás csak az intraabdominalis részre vonatkozik. Ezt minden kezdő klinikus tudja.

Közkórházi orvostársulat.

(II. bemutató ülés 1903. február 4-dikén.)

Elnök: *Hirschler Ágoston*. Jegyző: *Juba Adolf*.

(Folyt.)

A gyomor, duodenum és epehólyag szúrt sebe. Laparotomia Gyógyulás.

Fischer Aladár: G. J.-né, 39 éves takarítónő mult év december hó 30-dikán férje, ki emebeteg, hasba szúrta. Beteg az önkéntes mentő-egyesület a szent Rókus-kórházba szállította, hol a Navratil tanár vezetése alatt álló I. sebészeti osztályra vétetett fel, hol is nála a következők találtak:

A köldök magasságában attól kissé balra fekvő 4 cm. hosszú, ferde irányú, síma szélű, a hasfalak egész vastagságán áthatoló seb, melyen át egy kissé belévelt, de fénylő serosával fedett, egy fél ellipsoidnak megfelelő alakú szerv van előesve. A beteg hasa puffadt, a puffadság még feltűnőbbé válik az által, hogy a betegnek lógó hasa van. Mindkét regio epigastica nagy mértékben érzékeny. Légzés szapora, felületes, pulsus kicsi, száma 100, facies kifejezetten abdominalis. Beteg nem bányt.

A fent leírt tünetek után kétségtelen volt, hogy betegnél penetráló hassebzés van jelen és a puffadt has, valamint a súlyos általános tünetek a hasüregi szervek sérülését tették valószínűvé. Bemutató tehát a betegnél a kórházba való beszállítás után rögtön laparotomiát végzett. A hasfalból levő szúrt sebből kiindulva 10 cm.-nyire fel- és ugyanannyira lefelé a bal rectusban a középvonallal párhuzamosan haladó metszést végzett. Kiderült ekkor, hogy a szúrási sebben előesve lévő szerv a gyomor. A jobb felhási táj mintegy egy liternyi zöldes-sárgás epeszerű folyadék-tömeggel van kitöltve. Ezen folyadék-tömeg száraz steril tufferekkel kitoröltetik és azután a szomszédos szervek átvizsgálásához fog a bemutató. Mindjárt a gyomron az elülső falon a nagy és kis curvatura közt közepén fekvő, közelebb a fundushoz, mint a pylorushoz, egy harántirányú, 4 cm. hosszú, a gyomorfal összes rétegein áthatoló, erősen tátongó sebzés találtatik, mely két étage Lambert-varrattal záratik. Tovább haladva a duodenum felső vízszintes szarán, a pylorustól mintegy 1 1/2 cm.-nyire egy harántirányú, 2 cm. hosszú, az egész falon áthatoló és a ligamentum gastrocolicumig érő seb találtatik. E helynek megfelelőleg a ligamentum gastrocolicum lemezei között egy meglehetősen kiterjedésű haematoma van jelen; szétbontván itt a ligamentum gastrocolicum lemezei, kiderült, hogy a duodenum hátsó falán egy, az elülsőn lévővel congruáló sérülés van, úgy hogy ezen a helyen a duodenum majdnem harántul át van vágva és csak fent a ligamentum hepato-duodenale nál van egy 1 cm. széles, át nem metszett hid. Ezen seb is két étage Lambert-varrattal zárattatik el. Ezen utóbb leírt sérüléstől 2 cm.-nyire balra egy 1 1/2 cm. hosszú, harántirányú, ugyancsak az összes rétegeken áthatoló seb találtatik a duodenumon. Ez is hasonló módon záratik. Mindezen sebek zárása után még tapasztalható volt a máj alsó felszíne felől jelentékenyebb epeszívargás. Átvizsgálta tehát a bemutató az epehólyagot is, mikor is annak hátsó felszínén egy 2 cm. hosszú, hosszirányú seb találtatik. Ez is egy étage-varrattal zárattatik. Most, miután több sérülés az abdominalis szerveken konstátálható nem volt, a műtét egész területe száraz steril törlekkel kitoröltetik és azután a máj alsó felszínén, valamint a gyomor és a duodenum körül Mikulicz-tamponade-ot alkalmazott a bemutató.

A hasseb alsó részlete varratokkal záratik.

A lefolyás minden tekintetben zavartalan volt. A pulsus, légzés szám lassanként javult, hőemelkedés nem mutatkozott.

A Mikulicz-tampon: a 9-dik napon váltattott fel először.

A leírt eset több szempontból bir érdekel:

1. Feltűnő, hogy a köldök magasságában történt sebzés mellett a gyomor találtatik előesve. Ezt a hasi szervek laza felfüggesztése

magyarázza. Betegnél az összes hasi szervek lesülve, hosszú mesenteriummal ellátva találtattak.

2. Ezen eset is bizonyítja, hogy a hasüregbe mely tömegben juthatnak fertőző anyagok és a beteg élete még mindig megmenthető, ha azok elég hamar eltávolítottak.

Jelen esetben a sérülés eseté 10 órákor történt és 12 órákor a has már fel volt tárva, tehát a sérülés és a műtét között alig múlt el két óra. Természetesen ily esetben minden perc drága és minden tünőnegyedórával tűnik annak valószínűsége is, hogy a beteget megmenthetjük.

Hogy jelen esetben is ily gyorsan a sérülés után volt az operatio végezhető, ez részben derék mentőink érdeme, kik szokott gyorsasággal szállították be a sérültet, részint pedig azon körülménynek tudható be, hogy Müller Kálmán igazgató és Navratil tanár fáradozásai folytán az osztály úgy van berendezve, hogy bármely perczen bármely beható műtét végezhető.

3. Miután ilyen súlyos esetben is sikerült a gyógyulást elérni, ez kell, hogy arra sarkalja a sebészt, hogy még végsőnek látszó esetekben is kísérelje meg a segítséget. Mert még mindig áll az a régi mondás: Quem non servasti, dum eum servare poteris, illum occidisti. (Folytatása következik.)

A budapesti kir. Orvosegyesület tuberculosis bizottsága.

(Ülés 1903. márczius 10-dikén.)

Elnök: Korányi Frigyes. Jegyző: Ritoók Zsigmond.

Toxotuberculides acnéiformes.

Beck Soma: Az „Erzsébet királyné” sanatorium egy betegét demonstrálja, a kin a „tuberculides cutaneus” (Darier)-nak egy ritka formája észlelhető. A bőrbaj mult év nyarán a tüdőtuberculosis egyéb tüneteivel lépett fel. A laesiók kölesnyi egész lencsényi livid-vörös gubósokból állanak, a melyek follicularis elrendeződésűek s a melyeknek tetején hosszabb-rövidebb fennállás után gombostüfejni pustulák keletkeznek. Ezek beszáradása után éles szélű, kerek, 1–2 mm. mély fekélyecske marad vissza, végül az egész laesio kissé depresszív, pigmentált heggel gyógyul. Főlocalisatioja az alkarok és alszárak feszítő oldalai, majdnem teljesen szimmetrikusan; elszórva a czombokon, natesen és penis bőrén.

Darier szerint vannak bőrbajok, a melyek a tuberculosis és scrophulosissal összefüggésben vannak, de a melyekben bacillust találni sohasem sikerül s a velük való oltások negatív eredményűek. Ezek a „tuberculides”-ek; távol eső szervek gümös gócaiban képzett toxinok a véráramba s ezzel a bőrbe jutnak, a hol különféle nevek alatt leírt laesiókat okoznak, mint az acne cacheticorum, talán a liehen scrophulosorum, a lupus erythematosus disseminatus (Boeck), a hydrosadenitis suppurativa (Pollitzer és Dubreuilh), az acnitis és folliclis (Barthélémy) stb. Hallopeau a toxinhatás hypothesisára való tekintettel e betegségcsoportot „toxotuberculides”-nek nevezi, a melynek egyik formája a toxotuberculides acnéiformes. Ide tartozik bemutató esete is. Bemutató kifejté az e csoportba tartozó bőrbetegségek felismerésének fontosságát, mert ezek első jelei lehetnek — a mint azt Boeck is állítja — egy fejlődésben levő belső szervi tuberculosisnak s így módot adnak arra, hogy a tuberculosisnál indikált roboráló diätetikai és klimatikus kezelést idején alkalmazzuk.

Vérvizsgálatok tüdőbetegeknél.

Kuthy Dezső: A tanulmány az Erzsébet-sanatorium 80 betegén végzett vizsgálatok eredményéről számol be s részletesen megvilágítja a vörös és fehér vérszámok viszonyainak s a haemoglobintartalomnak viselkedését tüdőgümőkórban szenvedőknél.

A vizsgálat a betegeken felvételkor az esetek 73%-ában oligocythaemiát talált, 47%-ában haemoglobin-szegénységet s 54%-ában hypoleukocytosist. Leukocytosis csak egyetlenegy hectikus lázas esetben észlelésre. Férfiak mutatták túlnyomóan a súlyosabb oligocythaemiát, nők a fehér vérszámcsökkentés nagyobb fokait, mely jelenlegben talán egyik kulcsa rejlik — tekintettel az alexinokra és phagocytosira — a nők régen ismert nagyobb fragilitásának a gümőkórral szemben. A hypohaemoglobinaemia is nőknél fordult elő gyakrabban és intenzívebb fokban.

A sanatoriumi kezelés folyamán az összes csökkent vérvizsgálati értékek emelkedése constatalható, tehát a *vértel javulása* mutatható ki és pedig a sajtes elemeké körülbelül az esetek 50%-ában, a haemoglobin-érték javulása pedig még gyakrabban (81.5%). A haemoglobintartalom tehát könnyebben reconstitálódik. A fehér vérszámcsökkentésből a nők birtak kevésbé gyakran kiemelkedni.

Ifj. Elischer Gyula: Az első belgyógyászati klinika beteganyagán végzett vizsgálatai szerint eredményei Kuthy tanárral sok tekintetben egyeznek. Leukocytosist nem talált egy esetben sem. Vizsgálta továbbá a vörös vérszámok resistenciaképességét s arra az eredményre jutott, hogy súlyos esetekben a Hamburger-féle „Resistenzbreite” megnagyobbodott, a mely körülménynek esetleg egyszer prognostikai szerep is jut.

Korányi Frigyes: Midőn az I. sz. belgyógyászati klinika tüdővész-osztályán a vizsgálatokat megindította, abból indult ki, hogy a betegek jó részénél a tüdőbeli elváltozások valamelyik szakban megállapodva, sohasem terjednek tovább; más részükénél a progressio igen gyors; míg a kecske alig, az egér, a házinyúl az embernél is fogékonyabb a tuberculosis-fertőzésre. Tehát a lényegében és részleteiben oly kevés ismeretes „constitutio”-ban fekszik az ellenállás lényege. Ennek meg-

ismerésében a szervezet minden részének vizsgálása vezethet egyedül eredményre s miután a szervezet e resistentialis lényegének felderítésére alkalmasak az előadó vizsgálatai is, fáradságos munkájáért köszönetet nyújtánítja neki.

Korányi Frigyes az ülés továbbvezetésében gátolva lévén, az elnöklést Preisz Hugó veszi át.

A psychikus állapot befolyása a tüdőgümőkór hőmenetére.

László Gyula: A bevezetésben általában ismerteti a lelki folyamatok behatását a szervezet életműködéseire, majd fejtegeti a hőmérsék és psyche közti viszonyt. Azután áttér a psychikus momentumok által befolyásolt hőmeneti változások tárgyalására. A kedélyi izgalom szülte *hőemelkedések* kiváltó okai gyanánt felsorolja többek közt a haemoptoét, rántal a beteglátogatással, physicalis vizsgálatokkal stb. kapcsolatos hőemelkedésekre. Számos példával illusztrálja azután azon tényezőket, melyek a hőmérsék *esésében* nyilvánulnak. Hangoztatja, hogy esetenként a hőmérsék alább szállása észlelhető az ágynyugalom megszüntetésével, csekély mozgalom engedélyezésével, látogatás fogadásával s megemlíti a kedélyi behatás előidézte napi *hőingadozás* nagyságának változásait is.

Az ily módon létrejött hőmérséki változások magyarázatát abban foglalja össze, hogy az agykéreg sejteinek psychikus motivumokból származó ingerületei befolyást gyakorolnak a nyúlt agyvelőben székelő vasomotorikus centrumra s ennek útján időnként módosítják ezen ingerületek a beteg specifikus hőmenetét. Végül azon conclusióra jut, hogy a tüdőbeteg kedélyének gondozása a *hőmérsék szempontjából* is figyelmet érdemel, mert ezzel minden egyéb beavatkozás nélkül is bizonyos fokig antipyretikus kezelés fogatosítható.

Ranschburg Pál (vendég) a leírt tünetmennyek adott magyarázatához kívánna hozzászólni. Szemben az eddigi felfogással, mely e jelenségeket egyszerűen az érző központokról a hőszabályozókra áterjedt főlös ingerületből magyarázza, kifejti az újabb *Lehmann-féle* elméletet. E szerint az affectiv állapotoknak physiologicce megfelel az a viszony, mely az agykéregsejt energiakészlete s a beérkezett inger keltette energiaszükséglet között fennáll; az ingerület áterjedése a vasomotoros stb. központokra pedig célszerű intézkedés az energiahány vagy felesleg reflexes szabályozására. A tuberculosisosoknál a ptomainok által fokozottan reagáló idegállomány csekélyebb ingerekre is élénkebb fogalommal reagálna, melynek szabályozására a lázak által amúgy is ingerületben tartott hőszabályozó központok fokozottan működnek, a mi a csekély ingerek nyomán támadt affektusokat s az ezeket követő hőemelkedést, hőszülődést magyarázná.

Több tárgy nem lévén, elnök az ülést bezárja.

PÁLYÁZATOK.

Lemondás folytán megüresedett az északmagyarországi egyesített kőszénbánya és iparvállalat részvénytársulat mizserfai bányagondnokságánál a bányarvosi állás. Az ezen állással járó javadalmazás 2800 korona évi fizetés, szabad lakás és rendszeresített fűtési valamint világítási illetmény. A bányarvos tartozik a bánya tisztviselőit és munkásait ingyen kezelni és a mizserfai társulati kórházat vezetni.

Azon okleveles orvosok, kik ezen állásra pályázní óhajtanak, felkéretnek, miszerint kellően felszerelt kérvényeiket „Bányagondnokság Mizserfa u. p. Kisterenne Nógrádmegye” címre terjeszszék be legkésőbbben ez év május hó 8-dikáig.

2-2

A temesvári „Fehér-kereszt” gyermekvédő-egyesület szülészeti kórodáján és az azzal kapcsolatos II-od rendű bábaiskolánál a segédorvosi állás folyó évi május hó 1-sejétől, két évre betöltendő.

Javadalmaz: 1000 korona évi fizetés, teljesen bebutorozott szabad lakás, fűtés, világítás, elsőrendű élelmezés.

A kinevezendő segédorvosnak ideiglenesen az ugyanazon épületben levő állami gyermekmenhely kórosztályán is kell segédkeznie, minek kapcsán némi mellékjövdelemre számíthat. Önálló magángyakorlatot nem folytathat.

A román nyelvnek tökéletes bírása a kinevezés feltételét képezi.

A pályázni kívánó nőtlen orvostudorok a temesvári „Fehérkereszt” gyermekvédő-egyesület Igazgatótanácsához címzett folyamodványukat folyó évi április hó 15-dikéig — lehetőleg személyesen — nyújtják át alulírott nál.

Temesvár, 1903. évi márczius hó 4-dikén.

Dr. Tauffer Jenő,

városi főorvos, mint a szülészeti kóroda és a II-od rendű bábaiskola vezetője.

3-2

192/903 közig. sz.

Csikmegye felelősi járáshoz tartozó Gyimesbükk, Gyimes Felső- és Középs-Lok községekből alakított gyimesi közegészségügyi körben Gyimesbükk község székhelylél az orvosi állomás lemondás folytán üresedésbe jöven, annak betöltése végett ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állomással 1200 korona évi fizetés, 80 korona lakbér és mint kinevezendő Csikgyimesi pályaorvosnak az Ajnádtól Gyimesig terjedő 31.3 km. hosszú vonalszakaszon a pályaorvosi teendők végzéseért évi 600 korona tiszteletdíj jár. A községekkel és azok közigazgatási területen levő fűrésztelepek tulajdonosaival egyezség útján megállapítandó látogatási, látélet és bizonyítványkiállítási díjakon kívül körorvos a védhimlő-oltásért és újraultásért az országos érvényű díjakat felszámíthatja és a bíróságok felhívására végzett szakértői működéséért a szabályszerű díjakat igényelheti, székhelyén halottkémlelt és hússzemlélt a szabályszerű díjak mellett végezni s községeit havonként kétszer bentazni tartozik. Községeinek szegényeit pedig ingyen köteles gyógykezelní. A magánlátogatásokra feleltől fuvart követelhet. Felhivom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, miszerint az 1883: I. t.-cz. 9. §-a értelmében eddigi gyakorlatukat is igazoló okmányokkal felszerelt kérelmüket hozzám 1903. évi márczius hó 31-dikéig nyújtják be. A választás Gyimesbükkben 1903. évi április hó 4-dikén délután 1 órákor fog megtartatni.

Csik-Szereda, 1903. évi márczius hó 1-jén.

3-3

Fejér Sándor, főszolgabíró.

718/1903. sz.

A nagykállói m. kir. állami elmeorvosintézetben a másodorvosi állás megüresedvén, ezen ideiglenes jellegű két évi időtartamra szóló, évi 1200 korona fizetéssel, 400 korona helyi pótlékkal, I. osztályú élelmezéssel, természetbeni lakás, fűtés és világítással díjazott **orvosi állásra** a nagyméltóságú magyar kir. Belügyminister úrnak folyó évi 7617. számú magas rendelete értelmében pályázatot hirdetek.

Felhívom azon orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában körülírt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú magyar kir. Belügyminister úrhoz intézett folyamodványukat hozzám folyó évi április hó 15-dikéig nyújtsák be.

Nagy-Kálló, 1903. évi márczius hó 14-dikén.

Borosnyói L. Béla dr., igazgató.

6611/1903. sz.

A folyó évi február hó 27-dikén 5305/1903. szám alatt a nyitrai vármegyei közpórház osztályvezetői orvosi állására kiírt pályázati hirdetmény pótlásakép közhírré teszem, hogy ezen osztályvezető orvosi állás a belgyógyászati és elme-kórosztályon rendszeresítettett.

Nyitra n, 1903. évi márczius hó 16-dikén.

Markhot, alispán.

220/1903. sz.

A rézbányai m. kir. bányahivatalnál a X. fizetési osztály 3. fokozatába sorozott 1600 korona évi fizetéssel, természetbeni lakással, esetleg törvényszerű lakpénzzel, 54 ürköbméter tűzfajárandósággal javadalmazott, kézi gyógyszer-tár tartási kötelezettséggel egybekötött **bányaorvosi állásra** ezennel pályázat hirdetetik.

Felhívom azon orvostudorok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott folyamodványaikat előljáró hatóságuk, vagy ha állami szolgálatban nem állanak, az illetékes főispán vagy polgármester útján jelen hirdetménynek a „Budapesti Közlöny”-ben való első megjelenésétől számított három hét alatt a pénzügyministeriumhoz címezve alulírt hivatalhoz nyújtsák be. Későbbben beérkező folyamodványok tekintetbe vétetni nem fognak.

Folyamodók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni, illetőleg mindazon kellékeket kitüntetni, a melyek a kiírt állomásra megköveteltetnek; nevezetesen:

1. családi és keresztnévüket, honosságukat, születési helyüket, életkorukat, vallásukat, családi állapotukat;
2. megszokott életmódjukat;
3. nyelv- s szakismereteiket, netáni klinikai vagy kórházi szolgálataikat;
4. erkölcsi magaviseletüket;
5. hogy katonai kötelezettségüknek miként feleltek meg;
6. hogy oly egészségi állapotban vannak, miszerint a szolgálattal egybe-kötött kötelezések teljesítésére teljesen képesek.

A kinevezés, ha az illető nem állami alkalmazott, egy év tartamára ideiglenesen történik s a véglegesítés csak egy évi próbaszolgálat után következik be, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesítésével járó kötelezettségeknek mindenben megfelel.

Rézbánya, 1903. évi márczius hó 19-dikén.

M. kir. bányahivatal.

Üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
márc.24	h. kőro.	Mramorák	600 k., lakás.	Török fésziró, Temes-Kubin.
" 25	alorvos	Székesfehérvár	1000 k., -élelm., lakás	Huszár alispán.
" 25	körorvos	Bilke	800 k., 200 k. fuvardíj	Komlósy fész., Bereg-Ilosva.
" 25	"	Hátmeg-Almási	1200 k., 600 k. fuvardíj, 300 k. uradal.	Komlósy fész., Bereg-Ilosva.
" 25	"	Piskitelep	900 k., 460 k. úti átal.	Csulay fésziró, Déva.
" 27	"	Okány	1200 k.	Főszolgabírói hivatal, Cséffa.
" 29	"	Nágoes	806 k. 26 f., 432 k. fuv.-díj	Trombitás fész., Igal.
" 31	fürdőorv.	Stubnya-fürdő	1000 k. és lakás	Palkovics Emil polgármester, Kőrmöcsbánya
ápr. 1	nőoszt.főo	Erzsébet-kórh.	1000 k. és lakás	Babarczy Schwartz O. udv. tan., Budapest.
" 3	közs. orv.	Nagykovácsi	1400 k., 240 k. lakbér	Csapó fésziró, Pomáz.
" 4	körorvos	Johócz	1200 k.	Hatfalu főszolgabíró, Taraczköz.

HIRDETÉSEK.

Cornides-féle fekete áfonya gyógybor (Vinum myrtillor. Cornides)

meglepően biztos hatású gyógyszere a **bélhurutnak** s emellett kedvezően befolyásolja az emésztést. — Kapható **gyógyszertárakban**; hol nem, oda küld készítő 5 üveget 8 koronáért költségmentesen.

Cornides Károly, Felka (Szepesmegye).

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D^r.EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis
Kapható minden **gyógyszertárban**.

Creosotal

specificum a légutak nem gümőkóros fertőzési betegségeinél. A pneumonia rapid gyógyulása (broncho-, kanyaró-, influenza-, diphtheria-pneumoniánál is). Creosotal nagy adagai által: 10—15 gr. pro die 4 adagban nyújtható; gyermekeknek napi adag 1—5 gr.

Irodalmat és mintákat bérmentesen küld (3 OH)

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Vegyí, górosövévészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

1900. május 1-től VI., Andrassy-út 50 (Oktogon-tér).

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bősár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajka-tej-, ex- és transsudátum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górosí és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű ép és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudátum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górosí bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik

Dr. VAS BERNÁT a labororium vezetője.

Poliklinika: VII., Hársfa-utca 13—15. szám.

BAD HALL országos gyógyfürdő

Felső-Ausztriában.

Elsőrangú jodbromfürdő

a havasok közt.

Javalatok: Mindennemű scrophulosus és nemi betegség.

Legmodernebb gyógyeszközök. Értesítést küld

a fürdőigazgatóság.

TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A dugulás és annak következményei ellen, ú. m.: aranyérbántalmak, vértódlás, fejfájás, étvágyhiány, epe-, gyomor- és bélbajok.

Nélkülözhetetlen az asszonyoknak, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyvel alkalmazható előrehaladt korúaknál és gyermekeknek. Semminemű drasztikus alkatreseket, mint Aloë, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendes szorulásban szenvednek.

A Tamar Indien Grillon Franciaország első tekintélyei által javallatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszer-tára, Budapest, király-utca 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

UJ-TÁTRAFÜRED * Hidegvízgyógyintézet és Sanatorium.

Tüdőbetegeknek (kezdeti stádium), idegbajosoknak (function. zavarok, morb. Basedowi, neurasthenia, álmatlanság stb.), anyagcsere-zavaroknál (diabetes, oxaluria, köszvény stb.), vérbetegségeknél (chlorosis, anaemia, leukämia, malaria stb.), üdülőknek, karlsbadi utókúra stb.

Gyógyeszközök: levegő- és fekvőkúra, daetikus gyógymód (hizlalo és soványító kúra), inhalatio (lignosulfit, törpefenyőgőz), hidegvíz-kurák, moór- és törpefenyőfürdők, sanatoriumi kezelés.

— Mindig nyitva! —

Dr. Fáí Mátyás Miklós
rendelő orvos.

Szag és íz nélküli a

Zoltán-féle Csukamáj-olaj

(Rendelési mód: Ol. jecoris aselli sec. Zoltán lag. original.)

s ezért gyermekek, valamint felnőttek undor nélkül veszik. — Kitűnő hatása: **táplálkozásban visszamaradt, rhachitikus és scrophulotikus gyermekeknél, phthisikusoknál.** — Készítője:**ZOLTÁN BÉLA gyógyszerész, Budapest, V., Nagykorona-utca 23. sz.****Kapható az ország összes gyógyszertáraiban üvegenként 2 koronáért.****: AZ 1900-IKI PÁRISI VILÁGKIÁLLÍTÁSON KITÜNTETÉST NYERT :**

Prof. Dr. W. Tunncliffe London, King's College: A dr. Vámosy egyet. m. tanár által felfedezett Purgót mint gyógyszerkinesűk egy fontos faktort említi, a melyet kör-ázaiban kitűnő sikerrel alkalmaz úgy felnőtteknél, mint csecsemőknél.

Prof. Dr. Kohts Strassburg, a poliklinikák igazgatója: A Purgót úgy felnőtteknél, mint

PURGO

gyermekeknél kitűnőnek találta és használatánál sohasem tapasztalt kellemetlen mellékhatásokat.

A m. kir. szabadalmazott és védjegyzett Purgo kitűnő ízű, páratlanul enyhe hatású has-hajtó, keserű-víz és ricinus helyett kitűnően alkalmazható, a legkiválóbb orvos urak által rendelve, még csecsemőknek is adható.

Irodalmat és mintákat ingyen és bérmentve küld a gyáros **Dr. BAYER** gyógyszerész Budapest, IX., Üllői-út 39.

Anämin
EISENPEPSIN-
SACCHARAT-
LIEBE

0.2% vas, mint ferrisaccharatum.

Eltartható ! !

Jó ízű !

Gyomornyomást nem okoz !**Székszorulás nincs !**

(még hosszabb használat után sem.)

Bőséges vasfelvétel mellett fokozott étvágy, ennél fogva **kitűnő közérzet és testsúlygyarapodás.**
Dyspepsiák, idült gyomorbajok, vérvesztések és gyengeségi állapotok minden fájánál kiváló hatása.

Liebe's Sagrada-Wein**Liebe-féle Sagrada-tabletták (chokoládéval bevonva).**

Kellemesen, biztosan és enyhén ható emésztési szer.

Minták és orvosi irodalom ingyen.**J. Paul Liebe.****Tetschen a. E.**

Védjegy :

**CHINOSOL**

D. R. P.

88.520. sz.

1, 1/2, 1/4 gr. tablettákban és poralakban.

Kitűnő sikerrel alkalmaztatott a transvaali háborúban !**A sublimat, carbolsav stb. méregnélküli pótléka.****Gyorsan ható stypticum és váladékmegszorító**

(l. „Deutsche Med. Wochenschrift“ 1901. 33. sz. 566. oldal).

Javallatok : Sebkezelés, szülészeti gyakorlat, nem és bőrbajok, torok-, orr- és fülbetegségek, antiseptikus irrigációk, prophylaktikus gargalizálás, a kéz fertőtlenítése, a betegszobák fertőtlenítése részére, továbbá phthisis, gümőkór, lepra stb. Irodalom és vényminták ingyen és bérmentve.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg-U.

Vezérképviselő nagyban eladásra Ausztria-Magyarország részére :

WILHELM MAAGER, Wien, III/3, Heumarkt 3.**MERAN, SANATORIUM HUNGARIA.**

Tüdőbetegek és üdülők számára. Modernül berendezett intézet. Mérsékelt árak.

Kezelő orvos: **Dr. Gara Géza.**

„Ichthyol“, Ammonium „sulfo-ichthyolicum“ eredménynyel alkalmazható női bajok és chlorosis, gonorrhoea, bőrbajok, emésztési és vérkeringési betegségek, tüdőgümőkór, orr-, torok- és szembajok és mindennemű lobos és csúzos bántalom ellen, részben a kísérleti és klinikai megfigyelések által bebizonyított reducáló, sedatív és antiparasitaer tulajdonságánál, részben pedig a felszívódást elősegítő és anyagcserét emelő hatásánál fogva.

„Ichthyol“-Calcium, szagtalan és íztelen, 0.1 gr. os tablettákban, röviden „Ichthyol“-tabletták néven az ichthyol belső adagolásának új alakja; eredeti doboz 50 tablettát tartalmaz. Adagja napi 2—3 tablettát.

„Ferriichthol“, „Ichthyol“-vas, íztelen és szagtalan, 0.1 gr.-os tablettákban, 3 1/2% szerv. kötött vasat tartalmaz; javulva chlorosis és anaemia ellen. Eredeti dobozban 50 tablettát. Adagja napi 2—9 tablettát.

„Ichthoform“, „Ichthyol“-Formaldehyd (Thiohydrocarbürum sulfonicum, formaldehydatum), kitűnő bél-antiseptikum; gyermekeknél: 0.25—0.50 gr. pro dosi, 3—4-szer naponta, zablisztfőzetben vagy cacao-ban; felnőtteknél 1—2 gr. 3—4-szer naponta.

„Ichthargan“, „Ichthyol“-ezüst (Argentum thiohydrocarbüro-sulfoni, cum solubile), meleg és hideg vízben és glicerinnel oldható, 30% Ag-t tartalmaz, feltűnő bactericid erejű és a mélybe hat. Sikeresen alkalmazták: gonorrhoeánál (befecskendések 1:3000—500, kimosások 1:5000—2000 Aq. dest.) szembajoknál (ecsetelések 1—3:100, mosások 1:1000 Aq. dest.) ozenánál és diphtheriánál (ecsetelések 0.5—2:100 Aq. dest.)

A törvényesen védett nevű ezen felsorolt készítmények próbái és irodalma az orvos uraknak rendelkezésükre áll.

Egyedüli gyárosok:

Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermann & Co. HAMBURG.

Vegyészeti gyár
Dr. Fritz és Dr. Sachsse

ALBOFERIN

WIEN, I,
Bauernmarkt 14

egy könnyen oldható, szag- és íz nélküli tápláló és erősítő, vas-, phosphor- és fehérnyetartalmú szer; organikus, nagy fokban tömecsés

90-14% fehérnye, 0.68% vas, 0.324% phosphor.

Alboferin-por 100 gm. = K. 5.—, Alboferin-tabletták hozzátétel nélkül 100 db. = K. 1.50, Alboferin-chocolade-tabletták 100 db. K. = 1.80.

Alboferin klinikai és magánorvosok által használtatik kitűnő sikerrel: Anaemia, sápkór, rhachitis, scrophulosis, neurasthenia, étvágytalanság, emésztési zavarok, gümőkór, vérvesztés, vesebajok, reconvalescensek és szoptatás nőknél.

Alboferin serkenti az étvágyat, gyarapítja a testsúlyt, erősíti az idegeket. — Bakteriummentes, határtalanig eltartható.

Az orvos uraknak minták és irodalom ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

Kapható valamennyi gyógytárban és nagyobb drogueria-üzletben.



Irodalom és minták az orvos uraknak díjtalanul küldetnek.

Ferratin

mint „természetes vastáplálék“ javalva anaemia, chlorosis, általános testi gyengeség és a lábadozás stádiumánál. Adag naponta 3—4-szer 0.5—1 gr.

Ferratose

(liquor Ferratini)

a Ferratin legkellemesebb adagolási módszere.

Jod-Ferratose

(Syrup Ferratini jodat.)

Javalatok: Nagyfokú görvélykór, rachitis, idült endometritis, malaria (kitűnő roborans és tonicum).

Lactophenin

legmegbízhatóbb antipyreticum, antineuralgicum, sedativum, javalva Typhus abdominalis, influenza, rheuma, ischias, migraine, neuralgia és neurastheniánál. Adagolás kezdetben (étkezés után szedendő) 0.4—0.5 gr.

C. F. Boehringer & Soehne, Mannheim-Waldhof.



MATTONI FÉL
GISSHÜBLER
legtisztább égvényes
SAVANYUKUT

Giesshübl-Sauerbrunn
gyógyhely és vízgyógyintézet
Karlsbad mellett.

Ivó- és fürdőkúrák.
Klimatikus és utókúrára való
gyógyhely.
Legjobb diatetikus és üdítő ital.
HEINRICH MATTONI

Giesshübl-Sauerbrunn, Karlsbad, Franzensbad, Wien, Budapest.
Budapesti raktár **ÉDESKUTY L.** czégnél.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

Budapest, VII., Városligeti fasor 13—15.

Minden igényeknek megfelelő magángyógyintézet. Felvétetnek férfiak és nők, bőrgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati, fül-, gége- és szembántalmakkal; hisztaló kúrák; tabeszes betegek gyógyítása (dr. Frenkel-féle módszer) dr. Sarbó Arthur egyet. magántanár vezetésével. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár vagy speciálista által. Állandó orvosi felügyelet. Jó ellátás. Telefon. Prospectus.

A csukamájolaj legjobb pótléka.



VIVIEN- (BOR DRAGÉES CAPSULÁK)
CSUKAMÁJOLAJ-kivonattal „FIGADOL“

Könnyű adagolás. Kellemes íz.
Felbűfögés és diarrhoe nem okoz.
Az étvágyat fokozza, a testsúlyt gyarapítja.

Egy evőkanál **VIVIEN-Bor** vagy két darab **VIVIEN-Dragee** vagy egy darab **VIVIEN-Capsula** megfelel 2 evőkanál legjobb csukamájolajnak.

Irodalom és mintákat ingyen küld a

Magyarországi főraktár: **Török József** gyógyszerész, Budapest.

PARIS, Rue Lafayette 126.

CSÁSZÁR-FÜRDŐ BUDAPESTEN.

Nyári és téli gyógyhely. Elsőrangú kénes hévízű gyógyfürdő, páratlan gőzfürdővel, legmodernebb iszapfürdőkkel, pompás ásványvíz-uszodákkal, kő- és kádfürdőkkel, 200 kényelmes lakosztóval. A legsolidabb kezelés. Prospectus kívánatra ingyen és bérmentve.

Marienbad világfürdőhely

(Csehország).

A marienbadi ásványvízszétküldési vállalat
otthon használandó ivókúrának ajánlja:

Kreuzbrunn

Európa legerősebb glaubersós vizei.

Ferdinandsbrunn

Javalatok: Általános elhízás, hájszív és hájmáj, a lélegzés és vérkeringés zavara fokozódó elhíjasodásnál, mindennemű pangási hurutok, altesti vérpangás, aranyér, idült bélrenyheség és mindenféle következményei, a klimacterium bajai, diabetes.

Waldquelle

Javal: A garat, légcső és légzőszervek hurutjai, emésztő szervek hurutjai.

Ambrosiusbrunn

Legdúsabb tiszta vasas savanyúvíze Európának, 0.17 kettő szénasavas natron egy literben.

Rudolfsquelle

Javal: Vérszegénység, chlorosis, szervi gyengeségi állapotok, neurasthenia.

Legkiválóbb képviselője föld-alk. forrásoknak.

Javal: A húgyutak idült hurutjainál, vese- és hólyagkövek, kőszvény, húgysavas diathesis.

Evről-évre fokozódó fogyasztás.

Marienbadi természetes forrás

savat közömbösítő, könnyen oldó, biztosan és enyhén hashajtó. Kitűnően támogatja a marienbadi vizek használatát.

Marienbadi forráspastillák

Javal: gyomorfájdalom, gyomorgörös, rekedtség és elnyálkásodás.

Marienbadi ásványtáp

a hatásos alkatrészekben és savtartalomban (7.8%) leggazdagabb táp. Kapható az ásványvízkereskedésekben, gyógyszerárakban és droguériákban vagy közvetlen: **Mineralwasser-Versendung, Marienbad (Csehország).**

A marienbadi ásványvizek és forrástermékek az orvos uraknak kísérletezés céljából ingyen állnak rendelkezésre.

ORVOSI HETILAP.

Szerkesztőség:

IX., Üllői-út 21. sz.

Megjelenik minden vasárnap
2 1/2—3 1/2 íven. Mellékletei 1—3
íven: Szemészet Schüle Vil-
mos e. tnr. szerkesztésében 4
szám. Gyermekgyógyászat
Bókay János e. tnr. szerkeszté-
sében 4 szám. Gynackologia
Temesváry Rozsá e. tnr. szerkeszté-
sében 4 szám. Tudományos mellék-
letek.

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS dr. 1857-ben.

SZERKESZTI ÉS KIADJA: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ SZÉKELY ÁGOSTON DR., EGYET. M. TANÁR.

Küldemények és előfizetések czíme: Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhiv. Bpest, IX., Üllői-út 21.

Hirdetések kizárólagos felvétele: PETŐFI KIADÓVÁLLALAT (Bpest, III., Zsigmond-u. 70).

Kiadóhivatal:

IX., Üllői-út 21. sz.

Előfizetési árak:

helyben és vidéken
egész évre... 20 kor.
fél évre... 10 "
negyed évre... 5 "
külföldre
egész évre... 24 kor.
fél évre... 12 "
Orvostanhallgatók felét és a
portót fizetik.

FERENCZ JÓZSEF KESERÜVÍZ

a legbiztosabb hatású és a legtartalomdúsabb keserűvíz.

Nagy mérvben

vérképző,

erősítő és

tápláló-

szer.

Tartalmaz 33%

hús-

fehérnyét.

Ára:

kor. 3.20

frt 1.60.

PURO HUSNEDV

PURO gyógyszer-vegyészeti intézet.

Dr. SCHOLL H. Thalkirchen-München.

Képviselet Ausztria és Magyarország részére:

GRÖTZINGER KÁROLY, Wien, VI., Dürergasse 13. Telefon 538.

DR. DOCTOR KÁROLY V. EGYETEMI TANÁRSEGÉD

ORVOSI LABORATORIUMA

Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 3.

PERDYNAMIN

állati vasas-fehérry.

Olesó, ízletes, jól szedhető, étvágygerjesztő.

Orvosok által melegen ajánlva:

Sápkórság, phthisis, vérszegénység és lábadozás alatt.

Kapható a gyógytárakban. 1—2 évőkanálal 2—4-szer naponta.

H. BARKOWSKI, Berlin O. 27., Alexanderstrasse 22a.

Mintákat és irodalmat ingyen és bérmentve küld a vezérképviselő: Chem.-diätet. Laborat. Camillo Raupenstrauch, volt gyógyszerész, Wien, II., Castellezgasse 25.

Catillon-féle Granulák STROPHANTUS

TITRÁLT KIVONATÁBÓL 1 MILGR.-OT TARTALMAZ.

Ezen granulákkal végezték azon kísérleteket, a melyek eredményeit az orvosi aka-
démia 1889-ben ismerteték. E kísérletek kimutatták, hogy 2—4 szem e szerből gyors
diuresis létesít, a szívgyengeséget megszünteti, gyöngítven vagy csökkentvén az
Asystoliát — Mitral-bajok — dyspnoet, mellszorogatás érzetét, oedémákat, angina
pectorist és a gyermekek szívbjait.

Gyors hatás, ártalmatlan, sem kellemetlenséget, sem edényösszehúzódást nem okoz.

Catillon-féle Granulák

à 1/10 milligr.

STROPHANTINE

kristályok

NEM DIURETIKUS HATÁSÚ SZÍVERŐSÍTŐ.

Bizonyos strophantus-készítmények gyenge hatásúak, mások mérgezők, a tincturák
megbizhatatlanok: kivételt képeznek

a Catillon-féle granulák, Páris 3, Boule. St.-Martin.

Arany-érem az 1900-diki párisi kiállításon.

Főképviselet Ausztria-Magyarország részére: Dr. Bloch, Basel (Svájc).

Budapest: Török József.

Orvosi könyvek

nagy választékban méltányos áron kaphatók:

Mai Henrik és fia orvosi könyvkeres-
kedésében,
Budapest, IV., Múzeum-körút 31. Orvosi könyvtárak megvétele.

Dr. PÁPAY VILMOS-féle

oltóintézet

Budapest, Teréz-körút 31. sz.

Kitűnő minőségű és mérsékelt árú

diphtheria-serum elárúsítása.

TELEFON. * Ugyanott: KEFIR-INTÉZET. * TELEFON.

Vezető orvos: Dr. SZÉKELY ÁDÁM.

Szállít lobos reactiótól ment, biztos fogamzása

himlőnyirkot

alábbi mérsékelt árakon:

1 phiola	2—3 egyénre	1 kor. — fill.
5 vagy több phiola	à 2—3	" 80 "
1 phiola	10 egyénre	" 60 "
1 " 20	"	" 40 "
1—2 phiola	összesen 50 egyénre	" 4 "
1—5 " 100	"	" 8 "

Vidékre csomagolás és postabér ajánlva 60 fillér,
nem ajánlva 40 fillér.

Thioeol „Roche“

legjobb guajacol-készítmény, vízben oldható, szagtalan, nem mérges. Kitűnő antitubercul. és antidiarrhoicum.

Pastilli Thiocoli „Roche“

megbízható, legkényelmesebben és legolcsóbb adagolható alakja a thioeolnak.

Protylin „Roche“

tartós phosphorfehérje. Hatásosabb mint az eddigi szerves és szervetlen phosphor- és phosphorsav-készítmények.

Sirolin

a Kreosot-, illetve Guajacol-Therapia legideálisabb alakja.

Kellemes szagú és jóízű Syrup.

Klinikákon és a magángyakorlatban több ezer esetben kipróbálva, **tüdővész** kitűnő gyógyszerének bizonyult, mert javítja az étvágyat, fokozza az anyageserét, testsúly emelkedik, az éjjeli izzadás és köhögés, a köpet és a hurutos tünetek alább hagynak. Egyéb javulatok: Influenza, Bronchitis, Tussis convulsiva, sebészi tuberculosus, általános gyöngeségi állapotok, gümőkór.

A hallei kir. klinikán tett tapasztalatok alapján (Mering igazgató tanár): „a Sirolin egy kellemes ízű, tonizáló gyógyszer összes előnyeit bírja“. (Ueber die Krankenhausbehandlung der Lungentuberculose von Dr. Hugo Winternitz, első klinikai asszistentől, Deutsche Aerzte-Zeitung. 1902. január 1.)

Rendelés: **Sirolin, Lagenam origin.** Felnőtteknek naponta 3–6 teáskanál, gyermekeknek 2–3 teáskanál, közvetlenül étkezés előtt vagy után, tisztán vagy vízzel keverve.

Óvakodjunk az utánzatoktól. A Sirolin csak akkor valódi, ha minden üveg czégünkkel van ellátva.

Egyedüli gyárosok: **F. HOFFMANN-LA ROCHE & CIE.** vegyészeti gyár
Basel (Schweiz) Grenzach (Baden).

Airol „Roche“

a jodoform legjobb szagtalan pótszere.

Asterol „Roche“

vízben oldható Hg.-készítmény, fehérje nem csapódik ki, nem izgat, a műszereket nem támadja meg.

Thigenol „Roche“

synthetikus kénkészítmény 10%-os szerves, kötött kénnel. Ichtyol szagtalan pótszere.

RICHTER GEDEON gyógyszer-készítményei

Budapest, IX., Üllői-út 105.

Jonogen Suprarenale Richter.

Solut. 1:1000.

A mellékvese vérzésesillapító, vértelenítő, lobellenes, vérnyomást fokozó **hatóanyaga**. Nélkülözhetetlen a szem-, orr-, gége-, fülgyógyászatban, az urológiában, fogászatban stb. és szívgyengeségnél.

Egy üveg ára 5 korona.

Secithin Richter.

Friss tojássárgájából előállított természetes glycerophosphat. (4% szervesen kötött phosphor.) Indicatiók: **Neurasthenia**, vérszegénység, marasmus, diabetes, scrophulosis, **tuberculosis**, angolkór stb. A testsúlyt **rohamosan növeli**. Adagja: Naponta 3 × 1–4 tabletták.

5 cetr.-os tabletták üvege 5 korona. — 2½ cetr.-os tabletták üvege 4 korona.

Ol. Jecoris Aselli c. Secithino sec. Richter.

Kitűnő hatású **görvélyes**, rhachitikus gyermekeknek.

Napi adag: 3–6 kávéskanál.

Üvege 3 korona.

Tablettae Ovarii Richter.

A havi vérzés rendellenességei, **chlorosis**, **klimakteriás zavarok**, hysteria stb. ellen bevált gyógyszer.

Minden tabletták 2 gr. friss petefészkek hatóanyagait tartalmazza.

1 üveg (100 tabletták) ára 4 korona.

Tablettae Thyreoideae Richter.

Elihzás, golyva, Basedow-kór, testi és szellemi **fejlődési visszamaradottság**, myxoedema, cretinismus fajlagos gyógyszere.

Minden tabletták 0.50 gr. friss pajzsmirigy hatóanyagait tartalmazza.

1 üveg (100 tabletták) ára 4 korona.

Főraktárak: Richter G., „Sas“-gyógyszertár, Üllői-út 105. Török J., gyógyt., Király-u. 12. Dr. Egger, gyógyt., Váci-körút 17.

Kapható minden gyógyszerertárban. — Kivánatra irodolam.

Hoffmann Béla gyógyszerertára

a „Szt. Erzsébethez“

Budapest, VII., Erzsébet-körút 21.



Ajánlatos és leghatékonyabb a **hysteria**, **epilepsia** és minden oly bajoknál, hol a bróm huzamosabb használata kívánatos. Ezen brómsót tartalmazó kenyérke (adagunkint 1 gramm) kellemes ízű, tápláló s az emésztési szerveket meg nem támadja. Ára darabonként 30 fillér.

„Bromofarina sec. Hoffmann“

Vidékieknek ajánlatos a kenyérkék otthoni sütésére. Egy csomag (3 kenyérkére) ára 60 fillér. — Elkészítési utasítás mellékeltek.

Gyermekeknek

a „Hoffmann-féle Brómpiskóta“ a legkellemesebb bróm-adagolás (szeletenkint 0.25 gramm brómsó tartalommal) kitűnő ize miatt szívesen veszik. Egy doboz (10 piskóta) ára 1 K 20 f.

Minták a t. orvos urak részére ingyen és bérmentve.

Beszerezhetők bármely gyógyszerertár utján.

Kivánatra prospektus és irodalom.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi kórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Taufer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Donáth Gyula: Közlemény a szt. István-kórház idegosztályáról. Adatok a genyes meningitis cerebrospinalishoz. 200. l.

Navratil Imre: A Jackson-féle traumatikus epilepsia operálásáról. 203. l.

Ráskai Dezső: A bakteriuria. 204. l.

Manninger Vilmos: Közlemény Kocher tanár berni sebészeti klinikájáról. A coxitis tuberculosa műtéti kezelése. 205. l.

Tárca. Markusovszky-féle egyetemi jubiláris előadások. 207. l. — B. J.: Állami gyermekvédelem. 208. l.

Közegészségügy. Az országos közegészségi tanács 1902-dik évi működéséről. 208. l. — A bujakóros, trachomás és elmebajos betegségek pénztári tagok ápolása.

209. l. — Központilag kezelt körjegyzői és körorvosi fizetések utalványozása. 209. lap. — Orvosi közügy. 209. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Székely Ágoston: Újabb adatok az emberi és a marhagümökör azonosságának kérdéséhez. 209. l. — Könyvismertetés.

Kaposi: Chirurgie der Nötfälle. (P. J.) — Moriz Benedikt: Das biomechanische

(neo-vitalistische) Denken in der Medizin und in der Biologie. (Hudovernig.) — Lapszemle. Sebészet. J. Potarca: Aranyeres csomóknál újabb műtéti eljárás. (Gergő Imre.) — Küttner: Milyen a kílátás emlőrák műtéténél meg-nagyobbodott supraclavicularis mirigyek jelenlétekor? (Holzwarth.) — Orr-, torok- és gébeajok. Schrötter: A jobb tüdőből direkt bronchoskopia segélyével eltávolított idegen test. (Tóvölgyi Elemér.) — M. Wagner: Bélgilisztá által fuladási halál. (Tóvölgyi Elemér.) — Kisebb közlemények az orvosi gyakorlatra. Lewin: A gonorrhoea gyógyítása. — Kostenko: Thiol használata a női nemi szervek megbetegedéseiben. 211. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Szünidei orvosi cursus. — A madridi XIV. orvosi congressus. — A dermatologusok V. nemzetközi congressusa. — Az Országos Orvos-Szövetség sorsjátéka. — Kisebb külföldi hírek. — Nemzetközi pályázat. — Az 1864-diki genfi conventio. — „Az ember és a kutya. Védekezés a veszettség ellen.” — Elhunyt. 212. l. — Pályázatok. — Hirdetések. Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosgyógyesület. — Közkórházi orvostársulat. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. István-kórház idegosztályáról.

Adatok a genyes meningitis cerebrospinalishoz.

Irta: Donath Gyula dr. egyetemi magántanár, az osztály vezetője.

Genyes meningitis két esetét kívánom a következőkben közölni. Az egyik otogen eredetű leptomeningitis cerebrospinalis, a mely különösen lefolyása és egyéb klinikai jelenségei miatt figyelemre méltó, a másik egy lezajlott meningitis spinalis. Mindkét eset alkalmas arra, hogy a genyes meningitis gyógyulásának bizonyos módjára fényt vessen.

I. K. B. 26 éves cseléd, 1902. augusztus 30-dikán vétetett fel osztályomra. Már akkor 2 hét óta tartó heves fej- és tarkó-fájdalmak voltak és 1 hét óta nyakát mozgatni nem bírta. Olykor kettős látása volt. Két év óta bal füle folyik. Két gyermeke egészséges. Beteg akkor a terhesség VII. hónapjában volt.

A közép-termetű, gyengén fejlett és táplált betegnél a felvétel idején a bal facialis paretikus volt. A pupillák, szemizmok és a szemhártya normálisak. Utóbbi az egész betegség alatt normális maradt. A fej kopogtatásra, sőt csupán érintésre is rendkívül fájdalmas volt, különösen azonban a jobb, tehát a fül-folyással ellenkező oldali fejfél. Tarkómerevség és erősen fokozott térdtünetek. Trousseau és Kernig-tünetek nem voltak jelen. A festenyzett bimbókból colostrum nyomható ki. A beteg erős fejfájásai miatt éjjel-nappal kiabál.

A Krepuska tanár úr által megállapított füllelet a következő volt: A jobboldali dobhártyán heges vékonyodások; mellül és hátul egy sarlóalakú mészszerűrustatio. Baloldalt a hangvezetőt kitöltő genyngyel borított sarjtömeg. A fül környékén, jelesen a processus mastoideus táján, feltűnőbb elváltozás nem található. A süttető beszédet jobb fülén 10 cm-re, bal fülén nem hallja. Weber néha jobbra laterizáltatik. Rinne baloldalt negatív.

Már szeptember 1-én, tehát 2 napra reá, a térdtünet jobboldalt gyenge volt, baloldalt pedig hiányzott. A plantaris reflexek megvoltak, pupillák fényre gyengén reagáltak. Szeptember 2-dikán a fájdalom a jobb halántékból eltűnt és inkább a tarkón és a nyak mindkét oldalán localizálódott. Az egész gerincoszlop nyomásra fájdalmas. A lumbal punctio a 4. és 5. ágyékesigolya közt 1 cm. zavaros cerebrospinalis folyadékot szolgáltatott, mely teljesen sterilnek bizonyult. Feltűnő volt a további kórlefolásban, hogy a beteg különösen éjjel nyugtalankodott fejfájdalmak miatt, míg reggel felé a fájdalmak többnyire engedtek. A sensorium mindvégig tiszta maradt.

Szeptember 4-dikén. A pupillák szabálytalanok, fényre gyengén reagálnak. P. 108, szabályos. A második lumbal punctio (3. és 4. ágyékesigolya között) 15 cm. zavaros liquor szolgáltatott, mely sok polynuclearis leucocytát, kevés lymphocytát és 0.5% fehérrjét tartalmazott. Ezen cerebrospinalis folyadék is, mely glycerin-agarra és bouillonra oltatott, steril volt. Betegnél szeptember 1-jétől szabálytalan typusu láz constatálható. (Lásd a lázgörbét.)

Ezen második, kiadósabb punctio után a fájdalmak lényegesen engedtek, úgy hogy a punctiot követő napokban a gerincoszlop nyomásra többé fájdalmas nem volt, és a spontán fájdalom csak a nyakszirt és gerincoszlop nyaki részére szorítkozott. Miután azonban a nyakszirti fájdalmak még mindig persistáltak és így egy intracranialis genyedés jelenléte nézve semmi kétség sem állott fenn, elhatároztam magamat Krepuska collega úrral egyetemben a processus mastoideus megnyitására. Döntő volt reánk nézve azon körülmény, hogy a két izben megesapolt cerebrospinalis folyadék steril volt, és így egy általános infectio még nem lehetett jelen. Az operatio, nem véve tekintetbe az ellenkező oldalon fellépő fájdalmakat, a fül-folyás oldalán végeztetett.

Szeptember 6-dikán Krepuska kartárs chloroformnarcosisban végezte a totalis radicalis műtétet (a dobüreg teljesen ki-

tisztított és a külső hangjával egy üreggá egyesített), a mikor is a processus mastoideus diploët nem mutatott, mert corticalis és vitrea szorosan feküdtek egymáson. Az aditus ad antrumban szürkés sarjak és kevés sűrű geny. A canalis facialis függőleges könyökénél a csont livid, lobos, a canalis arrodált. A sarjak közé temetett kalapács eltávolított. Az aditus vitrealis lemeze megvékonyodott, a diploësejtek lobosak. A tegmen antri is teljesen eltávolított. A kissé előrefekvő dura puha tapintatú, azonban színe rendes. A hangjával plastikus exsudatummal van tele. Ugy a temporosphenoidalis lebeny, mint a kisagy 2—2 ízben megpungáltatott, negativ eredménnyel; csak az egyik felületesebb punctio adott tiszta liquor cerebrospinalist.

Csak 2 napig az operatio után (szeptember 8 és 9-dikén) volt a beteg láztalan, majd újra lázas lett. Szeptember 11-dikén a gerincoszlop egész hosszában spontán fájdalmak lépnek fel, a gerincoszlop nyomásra fájdalmas. Miután a processus mastoideus megnyitása csak röviden tartó javulást hozott, a fájdalmak pedig rendszeren éjjel exacerbáltak, a beteg — miután gummosus meningitisre lehetett gondolni — a következő időben 5 hydrargyrum sozodolicum-injectiót kapott, összesen 20 cgm.-ot és kevés jodkaliumot.

Szeptember 14.-én constatáltunk először egy könnyű icterust.

Szeptember 17.-én 3. lumbal punctio (2. és 3. ágyékesigolya között). A cerebrospinalis folyadék mennyisége 39 ccm., sárgás színű, zavaros, genyes üledékkel, nagy mennyiségű polynuclearis leucocytát és igen kevés lymphocytát mutat. Fehérjetartalma 1.50/100. Ezen cerebrospinalis folyadék culturát adott, mely bacterium vulgare (proteus vulgaris Hauseri) társulása streptococcusokkal.¹ Ugy a cerebrospinalis folyadékban, mint pedig a vizeletben — a sokszor megismételt próbák dacára — epefestényt kimutatni nem lehetett.² A vizeletben egyébként fluor albustól eredő kevés geny volt található.

Szeptember 18-dikán. Beteg hallucinál: azt mondja, hogy magzatja megszületett. Ezen időtől fogva folytonos javulás észlelhető. Eltekintve egynehány futólagos tünettől (bal koponyafél és trigeminus megfelelő kilépő pontjainak érzékenysége, málo kettős látás a bal abducens könnyű paresise következtében, nystagmus) a beteg jókedvű s olyannyira jól érzi magát, hogy fenjár, míg azelőtt a heves gerincfájdalmak miatt még az ágyban is került minden legcsekélyebb mozgást. A gerincfájdalmak tökéletesen eltűnő, maga megy kötésváltás végett a fülörvos távolfekvő

pavillonjába. Egyébként láztalan, jól eszik, úgy hogy az utóbbi időben súlyban is gyarapodott. Goldzieher tanár úr által meg-ejtett szemvizsgálat V. J. 5/7-et, V. B. 5/15-öt és a bal papilla bal oldalán 1/4 papillányi conust mutatott. A pupillák és a szemteke mozgásai akkor mindkét oldalt normalisak voltak. A patellaris és Achilles-reflexek élénkek.

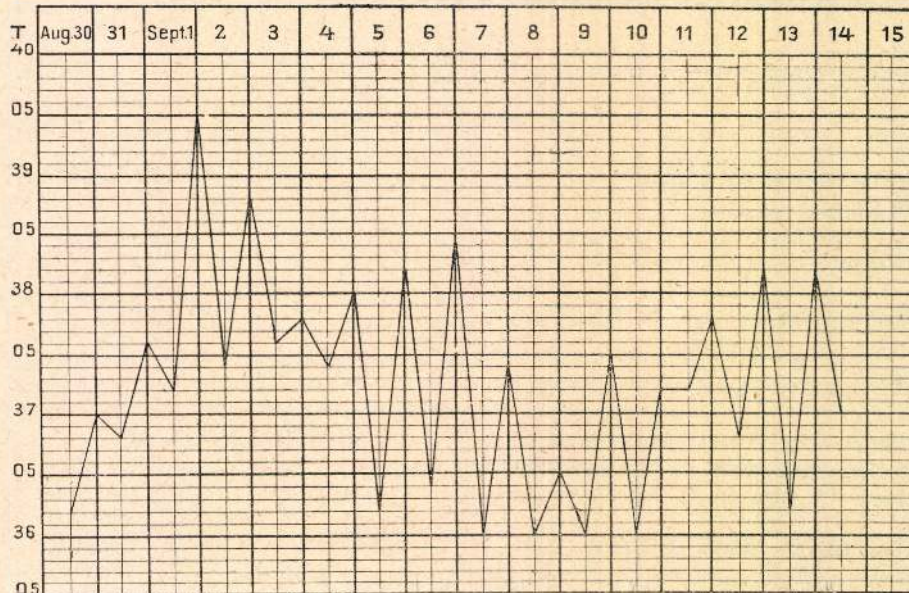
Tekintve ezen javulást, már kétségesnek látszott, vajjon tényleg egy otogen purulens cerebrospinalmeningitisszel van-e dolgunk, azonban a harmadik, genyet szolgáltató lumbal punctio a diagnosit kétségtelenné tette. Már úgy látszott, hogy a beteg minden veszélyen túl van, be is mutatott október 29-dikén, tehát majdnem 6 heti jólét után, a „Kórházi orvostársulat” ülésén, midőn ugyanezen napon a beteget láz és hányás fogta el. Majd fejtarkófájdalom, nyakmerevség és nystagmus rotatorius is lépett fel. Október 31-dikén mérsékelt láz 37.8-ról 38.8-ra emelkedőleg.

A következő napok lázmentesek voltak (november 3-dikán egyszer 37.8° maximum észleltetett) egészen november 4-dikéig, a mikor is a láz 38.0°-ra emelkedett. November 5-dikén a beteg egy egészséges érett magzatnak adott életet. Egynéhány órával a szülés után meghalt.

A november 6-dikán megejtett boncolás (Genersich tanár úr) eredménye: Az agy alapján különösen a chiasma, az agykoesányok, a Varolhíd, a medulla oblongata, a crus cerebelli ad pontem 1.5 mm. vastagságban zöldes-sárga genyvel van beszűrődve. A kisagy alsó felületén, a flocculus, medulla oblongata és a crus cerebelli ad pontem között mogorónyi, lapos, intrameningealis genyű van, mely a kivételnél beszakadt. A genyűr külső fala, a melybe a pia 2.3 mm. szélességben követhető, 1 mm. vastag; belső felülete sárgás pyogen-hártyával kibélelt. A porus acusticus internusnak megfelelőleg a kemény burkon 1—2 mm. vastag, tömött, sárgás, rostonyás, genyes réteg tapad, melybe az elszűrűlt n. acusticus és n. facialis van temetve. Az oldalgomrokban és a harmadik gomrocsban sok zavaros, mélyebb rétegeiben kifejezetten genyes folyadék. A IV. agygyomrocs fenéke vaskos genyréteggel van belevve. A gerincvelő kemény és lágy burka a nyaki és háti részben sok helyt összetapadt. Alul a kemény burok zsákjában zöldes-sárgás geny található. A lágy burok hátul mindvégig, mellül főleg a nyaki részben genyesen beszűrűdött; e beszűrűdés a nyakon és a háti részben 2 mm. vastagságot is elér, s az ágyéki részben is még 1 mm. vastag; itt-ott a kocsonyásan duzzadt lágyburok felületén élénkvörös, dúsan erezett foltok találhatók. A gerincvelő metszéspontja semmi különöset nem mutat. Epicrisis: Meningitis basilaris et spinalis purulenta ex abscessu intrameningeali orta in sequelam otitis (labyrinthitis). Intumescencia lienis, hepatitis, renum. Icterus. Catarrhus bronchialis. Status uteri post partum.

A szövettani vizsgálat kimutatta, hogy az intrameningealis abscessus külső fala kívül dúsan erezett rostos szövetből áll, melynek tág réseit több-kevesebb gömbsejt tölti ki; belső réteget reczés rostonya alkotja, melyben azonban már vékonyfalú vérerek is megkülönböztethetők. Idegsejtek nem találhatók. A lágyburok genyében gyéren elszórvá Gram szerint festődő coccus-halmazok láthatók. A táptalajon staphylococcus citreus és albus fejlődött.

Ezen otogen meningitis cerebrospinalis purulenta sok tekintetben érdekes. Az eset különössége főképen 1. a betegség 11 heti tartama, a mely idő alatt 6 hétig a symptomák többnyire



K. B. (meningitis cerebrospinalis otogenes) lázgörbéje. Szeptember 6-dikán trepanatio.

¹ Ezen vizsgálatot Kozma dr. kartárs úrnak, a székesfővárosi bakteriologiai intézet assistensének köszönhetem.

² Csak utólag jelent meg Bouma értekezése (Zur Frühdiagnose des Icterus. Deutsche med. Wochenschrift 1902. 48. sz.), a mely arra figyelmeztet, hogy urobilin jelenlétében az epefestenyreactio észrevehetően maradhat, a mennyiben az oxydatio által keletkezett zöld szín, a barna urobilin hozzákeveredése miatt nem, vagy csak alig vehető észre. Ezen szerző megmutatja, hogyan kell majdnem neutralis oldatban (az oldatnak alkalikusnak nem szabad lenni, különben az epefestenynyel az urobilin is kicsapódik) 10%-os chlorcalcium-oldattal tisztán az epefestényt kicsapni, a mely csapadékon azután az Obermayer-féle epefestenyreactiot végezhetjük (zöld színeződés sósavas vaschloridnak absolut alkoholos oldata által), míg az urobilin az oldatban marad, és itt spektroskopice a zöld és kékből levő absorptió csikjáról könnyen felismerhető. Egyébként különösen francia szerzők (Schachmann [1887], Legendre [1897], Hayem, Gilbert, Castaigne, Lereboullet [1900.], Widál és Ravaut) hívták fel a figyelmet azon tényre, hogy gyengébb fokú, idült icterus („subicterus”) bizonyos eseteiben a vizeletben nem mutatható ki epefesteny („Icterus acholuricus”).

teljesen eltűntek, részben a minimumra redukálódtak, úgy hogy a beteg reconvalescensnek volt tekinthető. Hiszen ezen betegség 1–2 hétig szokott tartani és a mi tovább elhúzódik, azt rendszeren egy körülírt genyes meningitikus folyamatnak szokás be tudni. Mindazonáltal ritkább esetekben — különösen mióta ez okból a trepanatiókat és a lumbalpunctiót végzik — a diffus genyes meningitisek is meggyógyulhatnak, hiszen a prognózis tekintetében sokkal kedvezőtlenebb tuberculotikus meningitisre nézve is már megállapították a gyógyulás lehetőségét.¹ A mint azonban azt a jelen eset is mutatja, a cerebrospinalis folyadék zavarossága ne képezzen ellenindicatiót az operatio véghezvitelére nézve.

A mi a jelen esetben a meningitikus tünetek kiújulását illeti, erre alább, egy másik eset kapcsán még vissza fogok térni.

2. Érdekesebb továbbá az előbb fokozott, majd teljesen kimaradt térdtünetek — ez különben itt máskor is előfordul —, a melyek a *remissio folyamata alatt ismét visszatértek*.

3. A mi az azelőtt fontos meningitikus symptomának tartott, t. i. a bőrnek csekélymechanikus ingerekre fellépő hyperaemiáját, az úgynevezett Trousseau-féle tache cérébrale-t illeti, erről ma már tudjuk, hogy ez a tünet tuberculotikusoknál és neurastheniásoknál is megtalálható. Jelen eset pedig megmutatta, hogy úgy ez, mint pedig a Kernig-féle tünet is teljesen hiányozhat. Ez utóbbi megegyezik egy amerikai szerző legújabb megfigyeléseivel (*Clark, Three cases of meningitis in which Kernig's sign was persistently absent*), a ki egy esetben észlelte acut leptomeningitis cerebrospinalis és 2 esetben tuberculotikus meningitisnél a Kernig-féle tünet hiányát. Mindhárom eset halálos kimenetelű volt és a bonczolat beigazolta a diagnosis helyességét. E szerint a Kernig-féle tünetet semmi esetre sem vehetjük fel pathognomonikusnak a meningitisre nézve.

4. Míg az első két lumbalpunctio zavaros, azonban csiramentes cerebrospinalis folyadékot szolgáltatott, addig a harmadik punctiónál nyert genyűs liquorból streptococcus és bakterium vulgare (*proteus vulgaris* Hauseri) culturákat nyertünk. A bonczolásnál talált genyből *staphylococcus citreus*-t és *albus*-t tenyésztett.

*Coussieu*² acut középfülgyulladás 12 esete közül, midőn is a külső hangjárat sterilisatioja után a még sértetlen dobhártya punctiójával nyerte a genyet, 2–2 esetben pneumococcus és streptococcus tiszta-culturát és 3 esetben staphylococcus tiszta-culturát kapott, míg 5 esetben staphylococcus és valószínűleg valamely saprophyt gombának kevert infectioja volt jelen. *Coussieu* úgy találta, hogy azon esetben, a mikor csak egyfajta mikro-organismus volt jelen, a genyedésre kiesi volt a hajlandóság, míg a kevert infectio jelenlétében az esetek inkább hajlottak a chronicitás felé. A jelen esetben is, a mint ezt a lumbalpunctio megmutatta, streptococcusok és az egymagában véve ártalmatlan, de streptococussal vagy staphylococussal társulva erősen pathogen jellegű saprophytomba (bakterium vulgare) symbiosisa volt jelen, míg a bonczolásnál a genyből csupán staphylococcusok voltak kitenyészthetők. Ezen megfigyelés is csak azt bizonyítja, hogy a negativ bakteriologiai lelet egymagában még nem dönt-heti el az infectio jelenlétének kérdését.

5. Igen tanulságos továbbá az, hogy a trepanatio alkalmából az agyból Pravaz-féle fecskendővel, ellentétben a két megelőző lumbalpunctio alkalmából nyert zavaros liquor cerebrospinalissal, a látszat szerint tiszta liquor nyertett, a bonczolásnál pedig az erősen kitágult oldalgymrocsokban serosus genyes folyadékot találtunk. Ennek oka az lehet, hogy a trepanatio idejekor a liquor cerebrospinalisnak az agyalapról kiinduló zavarodása még nem hatolt ily magasra felfelé. Annál fontosabb volt diagnostikai szempontból a lumbalpunctiónál nyert zavaros liquor.

¹ V. ö. *Thomalla* érdekes esetét (Berliner klin. Wochenschrift, 1902. június 16.), a hol is a beteg ifjúságában fellépett nyelv, tonsillák, torok és gége tuberculotikus megbetegedéséhez meningitis, végbélsipolyok és a chorioidea tuberculosis járultak. Beteg szülei is tuberculosisban haltak meg. Kreosotra és jodkaliumra teljes gyógyulás állott be.

² *Coussieu*: Recherches sur la bacteriologie des otites moyennes aiguës. Annales des maladies de l'oreille. T. 28. 5. szám.

Nem mulasztatom el kiemelni azt, hogy a gyulladás előhaladásával a liquor punctióról punctióra mindinkább zavarosabb lett, polynuclearis leukocytá tartalma mindinkább szaporodott, fehérjetartalma pedig, mely a második punctio alkalmával 0.50/00 volt, a harmadik punctiónál 1.50/00-re emelkedett. (A normális liquor cerebrospinalis fehérjetartalmát 0.2—1.00/00-re teszik).

A mi magát az operativ beavatkozást illeti, azt hiszem, senki sem fog vonakodni a trepanatiót végrehajtani, ha csak valami reménye is van, hogy a genyet valami módon kieresztheti. A kedvezőtlen anatómiai viszonyok daczára, melyek megnehezítik a geny lefolyását a mélyebben fekvő hátsó koponyaárokból, a különben indikált operatiót tehát végre fogjuk hajtani. Különösen a mióta *Witzel*¹ mutatott rá arra, hogy a genyesen elváltozott agyrészeknek a cerebrospinalis folyadék által mesterségesen előidézett előzőnlése gyógyulást hozhat létre. Ezt *Witzel* úgy érte el, hogy a koponyán tenyérnagyságú defectust létesítvén, észszerű módon nagy csomó jodoformgáz-t helyezett a szabaddá tett meninxekre és azt 1½ hétig ott hagyta. Ezen gazetömeg szívótamponként szerepelt, úgy hogy nagy mennyiségű cerebrospinal-folyadékot szírt magába. Ezen széles, tartós capillaris drainage által a mikroorganismuszokat a gerinczesatorna legmélyebb részéből is a liquor által ki lehetne mosni és így az általános cerebrospinalmeningitist elhárítani, illetőleg meggyógyítani.

Mindenesetre az én nézetem az, hogy a cerebrospinalis liquor zavarossága még ne képezzen ellenindicatiót a trepanatiót illetőleg, sőt ha a trepanatio nem jár a várt eredménnyel, végezzünk — miként az a jelen esetben is történt — ismételt lumbalpunctiókat, hogy az inficiált liquornak legalább így lefolyást biztosítsunk. Ki kell emelnem azt, hogy jelen esetben is a lumbalpunctiók haszna nagyobb volt mint a trepanatioé, a mennyiben a fájdalmak és a gerincz merevsége a második és harmadik punctio után lényegesen engedtek, a mikor nagyobb liquor-mennyiségeket eresztettek ki. Ezen javulás elsősorban mindenestre annak tudható be, hogy a liquor cerebrospinalis nyomása csökkent. Ha csupán csak a láz fennállását vesszük is tekintetbe, azt fogjuk látni — a mint azt a lázgörbe mutatja —, hogy a trepanatio betegünkönél ezt sem tudta megszüntetni, a mennyiben csupán az operatiót követő két napon (szeptember 8. és 9.) volt a beteg láztalan.

Végére pedig, hogy a meningitikus jelenségeknek hat heti szünet után való újrafellépésére visszatérjek, ennek okát a bonczolásnál talált intrameningealis abscessusnak tulajdonítom, a melyet sértetlenül a bonczolásnál nem sikerült eltávolítani és a melyben intra vitam valószínűleg valami ruptura történt. Ezen felfogásban a kórboncznok is osztozott.

A meningitikus jelenségek gyógyulását illetőleg, a mikor is az a geny eltokolódása által jött létre, van szerencsém egy nem régen tett észlelésemet közölhetni, a melyre épen egy lumbalpunctio terelte a figyelmet és a hol a más okból bekövetkezett halál miatt, a bonczolás is megtörtént.

II. L. M. 25 éves, napszámos, 1902. május hó 20-dikán tétetett át osztályomra. 1901. októberben a beteg gerinczszlopában és alsó végtagjaiban acut fájdalmak léptek fel, ezen idő óta vizeletét csak katheter segítségével képes kiüríteni.

A vizsgálat szerint: a jobb pupilla nagyobb, mint a bal, azonban mindkettő mozgásai normálisak. Az alsó végtagoknak, különösen a jobbnak goromba ereje csökkent. Talpreflex baloldalt élénk, jobboldalt gyenge. Babinski- és Wesphal-féle tünetek. Cremaster és hasreflexek megvannak, azonban az epi- és hypogastrikus reflexek nem válthatók ki. Romberg-tünet gyengén kifejezett. Nyelv bevont, a gyomor tája nyomásra fájdalmas. Vizelet zavaros, genytartalmú. A húgyhólyagban sonda és cystoskop segítségével egy kö találtatott. (*Ráskai Dezső* kartárs úr vizsgálata.) A bal ureterből genyeczafatok ürültek (pyelonephritis calculosa). Az uraemiás jelenségek mellett tehát, melyek a vizelet-retentio és a köképződés által okozottak, gerinczvelői symptomák is találtattak, melyek eredete és jelentősége egyelőre még homályos volt. Épen ezért május 23-dikán lumbalpunctiót végez-

¹ V. ö. *Fr. Schultze*: Die Krankheiten der Hirnhäute und die Hydrocephalie. Nothnagel, Spec. Path. u. Ther. IX. kötet, III. rész, 170. oldal.

tünk, a mely meglepetésünkre sűrű genyet szolgáltatott, úgy hogy csigolya-cariesre vagy a csigolyatest usurálását létrehozott pyonephrosusra gondoltunk.

A vesekövet a sebész osztályon epicystotomiával 1902. július 14-dikén eltávolították. Augusztus 7-dikén a beteg meghalt.

A megejtett boncsolás (*Genersich* tanár) a tüdőesésűk mérsékelt idült gümőkórján, cystitisen és pyelitisen kívül *előre ment meningitis nyomait találta*.¹ A keményburok zsákjában az ágyéki duzzanat alsó végétől aláfelé 3 tályog volt. A legfelső barnás-sárgás genyet tartalmazó tömlő 4 cm. magas és vagy 0.5 cm. átmérőjű, vékony hártyaszerű fala elül a gerincevel és a cauda equinát takaró lágy burokkal, hátul a kemény burokkal van összenőve. Az olaszmagyarány, zöldes-sárga genyvel telt középső intraduralis tályog fala már 1—2 mm. vastag, kérges. A harmadik fehéres, zavaros folyadékot tartalmazó tömlő, mely a keményburok zsákjának legalsó részét foglalja el, 2—3 mm. vastag, kérges fallal bír és az egymásközt is szorosan összeforrt caudarostokkal meg a dura materrel elválaszthatatlanul összenőtt. A kemény és lágyburok a legfelső tályog felett még 2—3 cm. hosszan körüskörül összenőtt, azontúl az arachnoidea csak a gerincevel hátsó felületén mutat felfelé mindinkább gyűrűlő megvastagodásokat. Az agyféltekék domborulatán csak egy-két fehér folt látszik.

Nyilvánvaló ezek szerint, hogy a cystitist, pyelitist és a húgyköképződést spinalmeningitis okozta, a mennyiben hatással volt a centrum vesico-spinalera.

Ezen lezajlott meningitis nyomai igen tanulságosan mutatják, hogy mily módon gyógyulhat meg egy genyes meningitis. Nagyon valószínű, hogy az előbbi, fentebb leírt esetben is oly módon, a mire a boncsolásnál talált intrameningealis abscessus is utal, hogy az abscessus betokolódásával kezdődött a gyógyulás, azonban valamely okból a genyür fala megszakadt és a kiömlő virulens geny újból fellobbantotta a most halálra vezető meningitist.

A Jackson-féle traumatikus epilepsia operálásáról.

Agysebészeti tanulmány.

Közlő: *Navrátil Imre* dr. egyetemi ny. r. tanár, főorvos.

(Folytatás.)

A nyílt sebkezelés jobb mint a mások által még mindig alkalmazott drainezés. A drain a prima intentiót megakadályozza, fertőzött sebeknél pedig elégtelen, mert a retentiót megakadályozni nem tudja. A következőkben adom eljárásomnak erre vonatkozó rövid ismertetését.

Műtét előtt a beteg, ha lehet — és a legtöbb esetben lehet — hashajtót, majd fürdőt kap, és tápláléka egyszerű, könnyen emészthető ételekből áll; haja lenyíratik és az egész hajzatos fejbőr leborotváltatik. Következik a fej bőrének szappannal és vízzel való lekefézése, sublimat-oldattal való leöblítése és azután aether sulfuricussal és alkohollal való desinfectioja, közvetlenül maga az operálás helye jodtincturával dörzsöltetik le. Ezután a műtét helye körül steril vagy sublimatos pólyával bekötjük a fejet, a míg a műtét és a segéddek a legszabadosabban végzik magukon, főleg kezeiken a sterilizálást. A szintén sterilizált kezű és öltözékű altató e közben elaltatja a beteget. A műszerek ismert módon lesznek sterilizálva és a beteg többi testrésze steril lepedőkbe burkolva. Ezen előkészületek után széles alappal bíró félkör alakú bőrlebenyt készítek és a fent említett osteoplastikus eljárások valamelyikének megfelelően — alkalmazkodva az adott viszonyokhoz — végzem a trepanálást.

Szabaddá téve a dura, szorgosan kutatók az azon észlelt kóros elváltozásokat, steril ujjal végzett tapintással meggyőződünk ennek, úgy mint az agynak normális vagy kóros állapotáról. Ha az előbbin találunk elváltozást, azt kiirtjuk, ha az utóbbin constatálnók azt, akkor felhasítjuk az agyhártyákat, kimeetszük a kóros részleteket és a vérzésnek steril tamponokkal való teljes csillapítása után néhány varrattal zárjuk az agyhártya

sebjét. Ezután következik az osteoplastikának fent vázolt egyik-másik módja, figyelemmel lévén, hogy a diploéból minden vérzés megszűnjék, illetőleg minden vérrög eltávolíttassék. Végül zárjuk legpontosabb egyesítéssel a sebszéleket. A műtét helyére steril fódros gazet teszünk, mialatt segédünk a koponya egyéb helyeire tapadt vért és vérrögöket tisztítja le. A seb felületének és a fejnek nem szoros, de jól záró kötésével fejezzük be a műtétet, a beteget valamivel magasabbra fektetett helyre helyezzük el és nyugalomra intjük úgy őt, mint környezetét. Ha lehet külön szobába fektetjük.

Ez eljárás illik azon esetekre, a hol prima intentiót veszünk észbe. Másként járunk el, ha nyílt sebkezelést kell végeznünk, melyről alább fogunk szólni.

A műtét után inkább igen, mint nem, egy-egy roham jelentkezik még a betegnél akár az nap, akár a következő napok valamelyikén. És ezt bizonyosra vehetjük majdnem mindazon esetekben, a hol a göresők már huzamosabb idő óta erősebb mértékben voltak jelen a műtét előtt és ha a beteg szervezete a baj behatása következtében meglehetősen el van csigázva, vagy ha nagyobb, főleg az agyra is kiható operációt kellett végeznünk. De ezen rohamok nemcsak gyérebben, de jelentéktelenebb intenzitással jelentkeznek, mint jelentkeztek a műtét előtt. Kedvezőbb esetekben végzett műtéteknél a műtét után rohamok egyáltalán nem következtek be. Jelzett rohamok azután végkép kimaradnak; egyik-másik esetben visszaesés mutatkozik, főleg ha az illető iszákos, így volt egy betegem, kinél minden excessus után jelentkezett egy-egy roham.

Fenti módon operált és prima intentiót célzó műtéteknél a kötést egy hétig változtatlanul hagyom, ha csak a beteg hőmérséklete emelkedést nem mutat, mikor a seb revidálása szükséges. A fonalakat, ha szükség nem forog fenn, még ezentúl is néhány napig benn hagyom. Új védő kötést azonban a betegnél még egy pár héten át alkalmazok.

A nyílt sebkezelés mindazon esetekben alkalmazandó, a hol részint a bonczati viszonyoknál, részint a sérülés minősége, részint előre ment kiterjedt sérülések és hegedések miatt prima intentiót nem létesíthettünk. Mi itt már a lefolyt sérülés által okozott vagy létrejött Jackson-epilepsiának operálásáról szólnunk, a heveny koponya- és agysérülések kezeléséről és ezeknél a támasztott defectus osteoplastikus zárásáról még ki nem fejtett epilepsia esetében, tehát azoknak prophylactikus operálásáról e közlemény végén fogunk megemlékezni.

A bonczati viszonyok által parancsolt nyílt kezelés azon esetekben jut érvényre, a midőn vagy a hosszanti, vagy a haránti vérellök helyén történt a sérülés és ezek szomszédságában áll fenn a kéreg izgalma kisebb-nagyobb mérvű Jackson-epilepsia kíséretében. Ily esetekben a hegesedés körébe vont sinus megsértése néha elkerülhetetlen. Ha a sinus megsértése megtörtént, tudvalevőleg a vérzés csillapításának csak egy módszere rationalis és ez a tamponade, magába a tátongó sinusba dughatunk be egy steril gaze-csikot és így a vérzésen biztosan uralkodhatunk, pince-k alkalmazása, körülöltés stb. célra nem vezet, hanem csak nagyobbá teszi a már meglevő sinus sérülést és a levegő-aspirálás vagy elvérzés veszélyét el nem hárítja. Ilyenkor természetesen a sebürege definitív zárását nem eszközölhetjük, mert a tamponnak hosszabb ideig fekvé kell maradni és föléje enyhén nyomó kötést kell tennünk. Ezen esetek mindegyikében a göresös roham még jelentkezni fog kisebb-nagyobb intenzitással, ezt az agyra történt nyomás okozza.

A sebet azután gondosan kötözzük mindaddig, a míg a tiszta sarjadás nem jelentkezik, a mely azonban elég erős és élénk legyen, hogy alkalmas talajul szolgáljon a reá alkalmazandó csontplasticai műtétnek; bevárni tehát a teljes hegesedést ilyen esetekben nem szabad, mert különben ismét heggel van dolgunk, melynek eltávolításakor ismét a régi calamitással találkozhatunk.

Mutatis mutandis áll ezen eljárás azon esetekre is, hol sinus-sértés nem forog fenn, de a hol előre ment jelentékeny ronesolással van dolgunk úgy a csont, mint az agyhártyák és az agy részéről. Ilyen esetekben jó eredménnyel alkalmazhatunk celluloid lemezeket, homorú belső és domború külső felszínnel a sarjadás stadiumában, a szomszédból vett bőrlebenyekkel, melyekkel a sérülés helye és a celluloid-lemez fedetik, míg a lebenyek

¹ A gerincevel-praeeparatumot *Feldmann* tanársegéd úr a köz-kórházi orvostársulat 1902. december 3-diki ülésén egy érdekes, általa leírt bakterium-lelet kapcsán demonstrálta.

eredeti helye sarjadzással és Thiersch-lebenyekkel gyógyítatik be.

A mondottak illusztrálására a 24 év alatt észlelt és tapasztalt kóreseim közül csak azokat említem fel, a melyek mintegy prototypjai az egyes eljárási módoknak.

I. N. J. 17 éves ifjú. 1885 tavaszán vasvillával fejbe ütöttet. Comminutiv koponyatörést szenvedett a bal fulesont. Sérült előbb eszméletlen, majd több héten át jobb oldalt hemiplegiás és aphasiás volt. A tört csontoknak eltávolítása és részben való kigenyesedése után a seb behegedt ugyan, de jobb oldali facialis hűdés maradt fenn rángásokkal ugyanezen izmokban, nemkülönben a jobboldali végtagok gyengeségével és beszédzavarral. Valahányszor a beteg a szótagot kiejteni kezdé, különösen ha az mássalhangzóval kezdődött, mindannyiszor facialis rángások keletkeztek, miközben a jobb szájzugot erősen felemeli és addig erőlködik, míg a beszédet dadogással végig szótagolja.

Mintán ezen tünetekhez olykor epileptikus rohamok is jártak, beteg 1887 július 22-dikén felkereste osztályomat. Constatatott horpadás a bal fulesont a koronavarrattól egy centiméternyire, hossza 4.5 cm., szélessége 2 cm., mélysége 1 cm. Felette a bőr heges, egyenetlennek tapintható. Kétségtelennek látszott, hogy az említett kóros jelenségek az idegrendszer részéről a traumával és horpadással állanak összefüggésben. A horpadást eltávolítottam és ezzel megszűntek a facialis rángások és a beszéd-zavar minden időre. Az epileptikus rohamok azonban három hónap múlva ismét jelentkeztek. A betegnél kisebb műtéteket végeztem két ízben a végből, hogy a fejbőr nagyobb fokú hegesedését kiirtsam, mint vélt okát az epilepsiának. A műtétek után egy pár hónapig szünet állott be ugyan, de a göresös rohamok azután ismét jelentkeztek. 1888 augusztus 4-dikén a durát felváltam és azt az agyról egy régi huszas kiterjedésében leválasztottam. A gyrus centralis anterioron négy ponton fehéres-sárga elszínesedést találtam, melyek közül különösen a gyrus középső és hátsó harmada közt levő, a rendes agyállománytól eltérően, tömött, tengeriszem nagyságú gócot képezett. Ezen góczokat 3 mm., az utóbbit 5 mm. mélységben eltávolítottam az agyból. Jodoform-kötés, melyet eleinte harmadnap, azután mindennap újjal cseréltünk fel; seblefolyás rendes. Harmadnap a jobb facialis, ötödnap a jobboldali végtagok hűdését észleltük. Ezután fejfájás, nyugtalanság és félrebeszélés következett; nyolez napra ez a reactio egészen megszűnt. 16 napra a hűdéseknél semmi nyoma. Két hó múlva mozgási vagy érzési rendellenesség ninesen jelen. A nyílt sebkezelés dacára hőemelkedés és genyedés nélkül sarjadzott a sebfelület, a műtéttől számítandó 38. napon a sarjadzás oly erős és életképes volt, hogy nála az osteoplastikus műtet hoztam javaslatba. A beteg azonban — nem jelentkezvén ezen idő alatt rohama — további műtétbe nem egyezett. A seb azonban így is sarjadzás útján behegedt. Hogy további megfigyelésünk alatt maradhasson, a kórházban mint segédszolga alkalmaztatott és mint ilyen 4 hónapon keresztül működött. A beteg jól érezvén magát, majd szülőföldjére utazott és ott — mint értesültem — egy ideig rohammentes volt, csak később, mintán mértéktelen ivásnak adta magát, jelentkeztek nála — bár gyérehben — ismét rohamok. További sorsa ismeretlen.

(Folytatása következik.)

A bakteriuria.

Irta: *Ráskai Dezső* dr. műtőorvos.

(Vége.)

A bakteriuria létrejöttének kutatásánál azon okok hiányára vagy fokára kell tekintettel lennünk, a melyek a hólyag ellentállását helyi fertőzéssel szemben lefokozzák. Ezen okok: 1. a már említett retentio, congestio és trauma, 2. a mikrobák gyengült virulentiája és 3. a physiologiai feltételek azon összessége, a melyek folytán valamely egyén erősebben vagy kevésbé erősen ellentálló fertőzésekkel szemben.

A conditiók elsejére felvilágosítást nyújtottak a cystoszkopikus és mikroszkopiai vizsgálatok, a melyek beigazolták, hogy sem laesioja, sem congestioja a mucosának bakteriuriánál ninesen.

A mi az esetleg létező retentiót illeti, az mindig incomplet

s teljes retentio melletti septikus katheterismus mindig cystitishoz vezet.

A csírok virulentiáján és a bevitel módján kívül tekintetbe kell vennünk a talajnak azon minden mikrobás megbetegedésnél fontos szerepét, a melyet minden fertőzéssel szemben játszik, azt befogadva vagy visszautasítva, erősítve vagy gyengítve.

Ha már megtelepedett a bakteriuria, mik azok a conditiók, a melyek állandósítják? Miként magyarázható, hogy az infectio egyszer megtelepedve, ott állandóan meg is marad, melyek azon segítő körülmények a melyek ezen állandósuláshoz hozzájárultak. Mikép magyarázható az, hogy dacára annak, hogy a bakteriumok folyton kiürítetnek, mégis valóságos bouillon-culturát alkotnak minden utánkövetkező kiürítés alkalmával?

A bakteriumok erőyes szaporodását és a folytatólagos fertőzést az esetek túlnyomó számában elősegítő és fenntartó körülmény a hólyag tartalmának kóros váladékokkal való folytonos érintkezése, illetőleg azok által való folytonos fertőzése, akár a vese részéről (veseredetű bakteriuria), a prostata részéről (prost. absz., chron. prostatitis), a húgyeső részéről (chron. urethritis); a második fentartó körülmény a vizelet vegyi átváltozása és azon tápláló alkotórészek valószínű megszorodása, a melyek folytán a kevésbé virulens vagy kis számban a hólyagba jutott mikrobák ott acclimatizálódnak és elszaporodni képesek. Egyes gyógyszereknek (salol-urotropin) hatása, a melyek ezen vegyi tulajdonságokon változtatnak, valamint a nagymennyiségű forralt víz használata általi felhígítása a hólyagtartalomnak, a mellett bizonyítanak, hogy a vizelet bizonyos pontosabban még meg nem határozott vegyi sajátosságai mintegy fejlesztő szerepet játszanak a bakteriuria létrejöttében.

A bakteriuria diagnosisa az elmondottak után könnyű. Elég-séges a vizeletnek megvizsgálása jó világítás mellett, hogy azt a csillogó opalizálást lássuk, a mely a bakteriuriára jellemző. Az az émelyítő szag, a mely a normális vizelet benzoészterű aromatikum szagától annyira eltér, a mely annyi beteget incommodál és a mely számukra bántalmunk egyedüli symptomáját képezi. Mindamelllett a bántalom diagnosisa a mikroszkopiai vizsgálat elengedhetetlenül szükséges, a mint azt már ismételten hangoztattuk, ez mutatja a mikrobáknak tömeges jelenlétét, a geny- és hámsejteknek hiányát vagy aránytalan kis számát. Megkülönböztetést enged tiszta vagy essentialis bakteriuria és a vegyes formák között, az üledék hiányával is megmutatva a genytartalmú vizelettől való különbséget.

Az irodalomban bakteriuria czímén az elnevezést tágabb értelemben véve leirt esetek három csoportba oszthatók.

1. Bakteriuria kísértő tünetek nélkül (essentialis bakteriuria).
2. Bakteriuria helybeli vagy általános tünetek által kísérve.
3. Bakteriuria helybeli vagy általános megbetegedésekhez társulva.

A cystitistől az első alak, a hólyag részéről való minden tünet hiánya által különbözik első sorban. Néha a cystitishoz bevezetésekép lép fel. Mint ilyen, a tolerancia időszakának neveztek. Ezen időszak tarthat igen soká, megszakadhat ellenben más esetben igen gyorsan, a hólyag bekövetkező infectioja folytán. Vannak bakteriuria-esetek, a melyek a húgyútak infectiojának tünetei közben jelentkeznek és teljesen azok jellegével birnak. A középhelyet foglalják el a szó szoros értelmében vett bakteriuria és a cystitis között. Különbözik a genysejtek hiánya, némelyek szerint azoknak a bakteriumokhoz mért kis száma által. Más esetben a cystitist megelőzve, helyi tünetek fokozására és kiterjedésére szolgál alkalmul.

Igy társulhatnak a hátsó húgyeső lobjához, prostata hypertrophiához és chron. prostatitishoz. Ezen esetekben az alapbántalom szerinti subjectiv tünetek is feltalálhatók.

Gyermekeknél igen gyakran húgytarthatatlansággal együtt lép fel. Rovsing azt hiszi, hogy a bakteriuria az incontinenciából keletkezett. Ezen nézethez nem igen csatlakozhatunk.

Az általános tünetek legtöbb esetben részben emésztési, részben ideges zavarokból eredtek. Ezen tünetek megszűnése a bakteriuriának megszűnésével a két dolog közötti összefüggést mutatja.

Végre vannak esetek, a melyek helybeli vagy általános megbetegedésekhez társultak, a milyen Rovsing, Pedenko és saját elmondott esetem.

Súlyos bélbántalmak, a melyek a közérzetet mélységesen alterálják, néha cystitis nélküli hólyag-infectioval társultak, így különösen gyermekeknél.

Markovnikoff egy 15 hónapos kis gyermeket észlelt, kinek 2½ hónap óta tartó súlyos hasmenése, az alsó végtagok vizenyőjével és bakteriuriával társult. Filatoff és Clopatt ugyancsak észleltek eseteket, a melyeknél a makacs diarrhoea coli bakteriuriával volt komplikálva.

Ezen esetek mindegyikében a bakteriuria eredetét csak nagy valószínűséggel lehet megállapítani, bebizonyítani azonban a dolog természetében rejlően nem sikerült.

Azon betegeknél, kiknél urethritis és az adnexek megbetegedése előre nem ment, kiknek hólyaga sem exploratio, sem katheterismus czéljából beavatkozás tárgyát nem képezte, így különösen nőknél, a megbetegedést alkotó és elidéző elemek megkeresése igen bajos. Kizárjuk egymásután az elsődleges valamint másodlagos veselobokat, az általános valamint localis fertőző bajokat, különösen a tápcsatorna, a medencze megbetegedéseit, a melyeknél a nyirkutakon való propagatio útján képesek a mikrobák a hólyagba jutni és csak mindezek tekintetbe vételével és egyszersmind kizárásával igyekszünk az utat meghatározni.

Annak meghatározása, vajjon veseeredetű a bakteriuria vagy pedig tisztán a hólyagban székel, a vizelet megvizsgálása által nem sikerül, sem az uroskopikus tulajdonságok, sem a vizelet vegyi vagy mikroszkopiai tulajdonságai nem különböznek. Biztos megkülönböztetést ez idő szerint csak az ureter-katheterismus-sal egybekapcsolt cystoskopia nyújt. Azon esetek, a melyek minden gyógykezelésnek makacsul ellentállanak, melyeket sem a helyi, sem a belső kezelés intensitásában nem gyengít és a melyek így állandó veszélyt involválnak, ez esetek minden valószínűség szerint veseeredetűeknek tartandók. Ezen esetekben az ureter-katheterismus megengedhető, semmi esetre sem szabad azonban a felső húgyutak fertőzésének veszélyéről megfeledkezni.

A bakteriuria prognosisa, a mennyiben a húgyutak megbetegedéseitől független symptomát képez, tehát önálló megbetegedésnek fogható fel, nem súlyos, ha csak állandó vagy időközönként fellépő lázak által nem kísért, a mihez többnyire súlyos levertség, rosszullét és hányásinger járul.

De ezen esetek inkább másodlagosoknak foghatók fel és így a prognosis is az alapbántalom szerint súlyosabb. De e nélkül is nem szükséges más, mint acut retentio, bármely okból, a mit azután nyomban követ cystitis, esetleg halálhoz vezető súlyos pyelonephritis. Különben is a bakteriuria prognosisa az infectio mikéntjétől függ. Quoad restitutionem ad integrum absolut rossznak mondható, ha a prostata és a végbél között direct összeköttetés áll fenn és kétséges azon esetekre nézve, a melyekben a zavarodás váltakozása a baj valószínű forrásul a prostatára utal. A pathogenesisről elmondottak egyáltalán felmentenek annak bizonyításától, hogy a bakteriuria minden esetben komoly megbetegedésnek tekinthető, mely csak hosszú gyógykezelés után vezet gyógyuláshoz.

A bakteriuria nemi érintkezés útján át nem vihető (Schliffka³²), ezért olyanoknak, kik gonorrhoea után bakteriuriát tartottak vissza, a házasság, a mennyiben a gonorrhoeás folyamat némi biztonsággal megállapítható, nem tiltható meg.

A baj megszüntetésénél két indicationnak kell megfelelnünk: 1. oda kell törekednünk, hogy helyi kezelés útján a hólyag tartalmát aseptikussá tegyük és hogy 2. általános gyógykezelés útján a húgyutaknak fertőzésekkel szembeni ellentállását növeljük.

A helyi gyógykezelés a causalis indicatiók szemmel tartása mellett arg. nitr.-mosásokból és esetleg sublimat-mosásokból áll. Ez utóbbi szerrel való néhány mosás több esetben elégséges volt a bakteriuria megszüntetésére.

Az általános kezelés salol nagy adagainak adagolásából áll, naponta 6—8—10 gm.-ot adunk, e mellett húgyhajtó és hígító szereket, a melyek a diuresist növelik, a vizeletet hígít-

ják és tenyésztalajképességét lefokozzák. Az urotropin jó hatásáról egy esetben magunknak is volt alkalmunk meggyőződni.

A mint már említettük, a húgyutak kezelése mellett, a bakteriuriát előidéző és fentartó beteg szerveknek kezelése el nem engedhető.

Igy a prostata massacea azon esetben, a midőn ezen szerv idültén lobos, a húgyhólyag tartalmát fertőző váladékainak szabályszerű kiürítése.

Ugyancsak feltétlenül kezelendők az idült urethritisek, a szűkületek, a medencze lobjai, a melyek mind a bakteriuriát táplálják és recidivákra hajlamossá teszik.

Irodalom. 1. Roberts W.: On bacteriuria. Brit. med. Journ. 1881. II. k. 369. l. — Idem: On the occurrence of mikroorg. in fresh urine. Ibidem. 1881. II. k. 623. l. — 2. Barlow: Über Bacteriurie. D. Arch. f. klin. Med. XVII. k. 1897. — 3. Goldberg: Über Bacteriurie. Cbl. f. H. u. S.-Org. 1895. — 4. Leube (Salkowski): Zeitschrift f. klin. Med. 1881. — 5. De Cruse: Über Mikroorg. im Harn. Erlangen. 1885. — 6. Schotelius und Reinhold: Über Bacteriurie. Centralbl. f. klin. Med. 1886. 37. sz. 365. l. — 7. Ultzmann: Vorlesungen über Krankheiten der Harnorgane. Wien. 1889. I. f. 9. l. — 8. Ultzmann: Die Krankheiten der Harnblase. D. Chir. Lfg. 52. 1890. — 9. Runeberg: Communication etc. 1888. április. — 10. Finlayson: Ein Fall von Bacteriurie. Ref. Cbl. f. m. W. 1891. — 11. Löwenhardt: IV. Congr. der dermat. Gesellschaft. — 12. Küssner: De Cruse-nél cit. — 13. Krogus: Recherches bact. sur l'infection urinaire. Helsingfors. 1892. — 14. Idem: Sur la bactériurie. Ann. gen.-urin. 1894. 196. és 370. l. — 15. Thor Stenbeck: Eine neue Methode stb. Zeitschr. f. klin. Med. 1892. 457. l. — 16. Melchior: Cystitis und Urinfection. Berlin. 1897. Max Karger. — 17. Goldberg: l. c. — 18. Hogge: Observat. de Bact. Liege. 1896. — 19. Trumpp: Über Colicystitis im Kindesalter. München. med. Woch. 1896. 42. szám. — 20. Clopatt: Un cas de bact. chez un enfant. Rev. mens. des mal. de l'enfance. 1896. — 21. Markovnikoff et Filatoff: Presse. med. 1896. — 22. Thorkild Rovsing: Klinische und exper. Untersuchungen über die infectiösen Krankheiten der Harnorgane. Berlin W. Oscar Coblentz. 1898. — 23. Albarran, Halle et Legrain: Des infections vesicales. Rapport au congr. d. urolog. Paris, Octave Doin. 1899. — 24. Escat: Note sur un cas de bacteriurie stb. Assoc. fr. urol. XII. session. 1898. — 25. Carlier: Ibidem. — 26. Barlow: l. c. — 27. Imbert et Goujon: Note sur une cas de bact. Ann. d. mal. gen.-urin. 1899. 252. l. — 28. See (Marcell): Un cas de bact. Ibidem. 842. — 29. Ráskai (Reách) Dezső: A cystitis aetiologiájáról. Orv. Hetilap. 1899. 36—39. szám. — 30. Guyon: Die Krankheiten der Harnwege. Übersetzt von Kraus und Zuckerkandl (I., II., III.). 1897—1898. Alfred Hölder, Wien. — 31. Idem: Pathogenie des accidents infectieux chez les urinaires. Ann. gen.-urin. 1892. május. 380. l. — 32. Schliffka: Bacteriurie als Complic. stb. W. m. Presse. 1896. — 33. Raymond: Passage des coli bacill. à trav. les parois vesic. Societ. anat. 1897. július 3. — 34. Wreden: Zur Aet. d. Cystitis. Cbl. f. Chir. 1893. — 35. Masius et Nolf: De quelque obs. bact. Ann. de la soc. méd. chir. de Liege. 1899. január. — 36. Warburg F.: Über Bacteriurie. Münch. med. W. 1899. 29. sz. — 37. Predöhl: Über Bacteriurie. Münch. med. W. 1899. 45. sz. — 38. Jeanbrau: De la bact. Montpellier m. 1899. 35. sz. — 39. Gassmann: Note sur un cas de bact. stb. Ann. d. m. d. org. gen.-urin. 1900. 2. szám. — 40. Kümmel: Bacteriurie cz. fejezet. Ebstein-Schwalbe Handbuch d. pract. Med. Enke, Stuttgart. 1900. — 41. Bruck Lipót (Budapest): Über Bacteriurie. Aerztliche Centralzeitung. 1900. 13. sz. — 42. Zuckerkandl: Die localen Erkrankungen der Harnblase. Bécs. 1899. Hölder. — 43. Ráskai (Reách): Bacteriuria esete. Orv. Hetilap. 1900. 25. sz. — 44. Ráskai: Untersuchungen über Bacteriurie (aus dem Labor. des II. path. anat. Inst. der Univ. in Budapest [Prof. Pertik]). Ung. med. Presse. Festnummer zu Ehren des Prof. Friedrich Korányi. 1901. április 27.

Közlemény Kocher tanár berni sebészeti klinikájáról.

A coxitis tuberculosa műtéti kezeléséről.

Irta: *Manninger Vilmos* dr. kórházi segédorvos.

(Vége.)

Nézzük most a conservativ orthopaediai eljárással elérhető végeredményeket. (Lásd a következő táblát.)

Ha a conservative kezelt eseteket bíráljuk, szoros határt kell vonnunk a coxitis genyedéssel párosult és a nélkül lefolyó esetei között. Hogy e megkülönböztetés lényeges fontosságú, kiderül, ha a megfelelő eredményeket összehasonlítjuk.

Míg genyedéssel járó eseteknél a mortalitás 48·8%-ot, a gyógyulás 27·1%-ot tesz ki átlagos számítással, addig a nem genyes esetek halandósága 16·5%, gyógyulási arányszáma 74·2%.

Próbálkozzunk meg a most közölt számok alapján a coxitis kezelésének összehasonlító statistikájával. Jól tudom, hogy a hibaforrások lehetséges kirekesztése daczára az adott számok nem feltétlenül megbízhatók. A conservativ statistika második főrovata,

IV. táblázat. A conservatív eljárással kezelt coxitis-esetek statistikája.

Szerző	Gyógyult		Nem gyógyult		Meghalt	
	genyes	nem genyes	genyes	nem genyes	genyes	nem genyes
s z á z a l é k						
Billroth	13·5	80	30·5	8·3	56	11·7
Rosmanit	22·7	84·6	31·8	—	45·4	15·4
Thausing	34·9	70·8	39·5	17·2	26·6	12
Bruns-Wagner	42	77·5	—	—	52	22·5
Caumont	26·3	70	10·5	5·0	63	25
Marsch	37·5	62·5	12·5	25	50	12·5
Heule	54·1		javult = 20·8 nem gyógyult 4·2		16·7	
Albrecht	68		9·4		22·6	
Pedolin	62		3·7		33·7	

mely az utólagos vizsgálat idején „még nem gyógyult” esetekre vonatkozik, sok hibaforrásnak kiinduló pontja. A genyes coxitis gyógyulási aránya (27·1%) nagyon is alacsony. Erre mutat azon körülmény, hogy Bruns oly anyagon, mely csakis véglegesen gyógyult illetve elhalálozott esetekre vonatkozik, 42% végleges gyógyulást talált.

Az utolsó 15–20 év alatt, melynek műtéti statistikáját a III. táblázatban állítottam össze, a resectiókat csakis a leg-súlyosabb esetekben végezték. Az összehasonlításra azért a conservatív úton kezelt esetek statistikáját kell első sorban tekintetbe vennünk.

Állítsuk szembe a megfelelő számokat:

Conservative kezelt genyes esetek	Operative kezelt esetek
végleges gyógyulás 27·1% (42% Bruns)	65·8%
mortalitás 48·8%	17·4%

A gyógyulás arányszáma mindkét oldalon csak megközelítő, a conservative kezelt esetek arányszáma túlságosan alacsony, az operatív kezelté pedig talán túlságosan kedvező, azáltal, hogy nem genyes esetek is kerültek elvéve műtetre. A különbség azonban oly óriási, hogy e hibaforrást bőségesen túlcenzálja.

Nem genyes esetek conservatív kezelésének eredményeit szembe állítva a műtéti kezelés arányszámaival:

Conservative kezelt nem genyes esetek	Operative kezelt esetek
végleges gyógyulás 74·2%	65·8%
mortalitás 16·5%	17·4%

Azt hiszem e számokhoz bővebb commentár nem kell.

A coxitis műtéti kezelésének indicatioi.

A dolgozatom folyamán felsorolt adatok alapján a lényeges kérdésre, az indicatio felállítására e világos adatok daczára nehéz teljesen határozott szabály felállítása.

Ugy hiszem, legközelebb jutunk az igazsághoz, ha a betegeket két nagy osztályba soroljuk. Az elsőbe kerülnek azok a betegek, a kiknek külső körülményei, vagyoni viszonyai megengedik azt, hogy hosszú ideig, évekig folytatott conservatív kezelésnek alá-vessék magukat. A második csoportba sorolom a szegénysorsú betegek legióját, a kikre nézve életkérdés, hogy gyorsan gyógyul-janak, hogy kényerüket mihamarább megkereshessék. E kasztokba osztás kissé különösnek látszik, megokolására azonban hivatkozom azokra a kitűnő eredményekre, melyeket a fentebbi statistikákkal szemben, melyek klinikus anyagról valók, Lorenz, Mesnard és Hoffa magángyakorlatuk anyagán elérhettek.

A betegek mindkét csoportjára létezik egy közös indicatio, mely a műtétet indokolja és követeli: a genyedés. Ez indicatiót Hüter a hetvenes években így formulázta: „Ich halte die Resection bei Coxitis für indicirt, sobald eine ausgedehnte Eiterung des Gelenkes sich manifestirt, oder sobald der Verlauf lehrt, dass der Ausgang in Eiterung nicht mehr verhindert werden kann“.

Ha tekintetbe vesszük azokat a szép eredményeket, melyeket jodoform-injectiókkal gümös tályogoknál elérhettünk, kissé incorrectnek látszhatik a genyedésnek ily előtérbe tolása. De vessünk csak egy pillantást az összehasonlító statistika fentebb közölt adataira; gondoljuk meg, hogy a gümös genyedés meg-akasztja a betokolódás, hegeképződés folyamatát, melyet mint a tuberculosis gyógyulásának legfőbb eszközét tanultunk megismerni; gondoljuk meg végül, hogy a genyedés még a leggondosabb kezelés mellett is mily könnyen vezet sipolyképződésre, melynek nyomán a csípőizület másodlagos infectiojának kapu nyílik: úgy a Hueter-féle indicatio első részét helyesnek kell elfogadnunk.

A közös indicatio második pontja vonatkozik azon esetekre, melyeknél a genyedés valószínűséggel várható, vagy a melyek teljes kigyógyulására conservatív kezelés mellett alig számíthatunk. Ide kell sorolnunk azokat az eseteket, melyeknél kiterjedt elsődleges csontmegbetegedésből indult ki a coxitis. Ezekben az esetekben a gyógyulás nagyon elhúzódik, és tapasztalás szerint ezek recidivákra kiválóan hajlamosak. Diagnosisuk eszközeire, a Röntgen-kép fontosságára már fentebb utaltam.

A fentebb említett csoport-indicatio, mely külön tekinti a vagyonos és a szegény betegeket, fontos a műtét kivitelének gyakoriságára és módjára.

Azon betegeknél, a kik évekig tartó mechanikus és injectiós kezelésre képesek, genyedés sokkal ritkábban jö létre. Ezért a közös indicatio egyiké, a genyedés, e csoportnál ritkábban fogja javalni a műtétet. A súlyos csontmegbetegedések azonban ezen csoportnál is elég gyakoriak. Éppen itten, a hol az utókezelés hosszú ideig ellenőrizhető, a hol ezért mozgó ízület létesítésére törekedhetünk, igen fontos, hogy a műtétet korán, oly időben végezzük, melyben az izmok atrophijája még be nem állott. Jó functió eredményt csak ezen esetek nyújthatnak, feltéve, hogy gondos orthopaediás utókezelésben részesíthetjük a betegeket.

A második categoriába tartozó betegeknél a conservatív kezelés gyakran keresztülvihetetlen. Igaz, hogy az olcsó gypskötés a rögzítő készülékek áldásait hozzáférhetővé teszi a szegényebb sorsú betegeknél is. De minden orvos, a ki hosszabb ideig kíséri figyelemmel a sebészeti ambulantiák betegeit, meggyőződhet arról, hány beteg vonja ki magát idő előtt a kezelés alól. Az első kötések után a beteg elmarad. Otthon a kötést eltávolítják, a beteg ágyban marad vagy beteg lábán szaladgál, míg újra contractura fejlődik vagy a fájdalmak súlyosbodnak. A betegek sorra járják az ambulantiákat, gypskötést, injectiókat kapnak, majd — türelmetlenek lévén a betegség hosszadalmas-sága miatt — újra el-elmaradoznak, míg végül előbb-utóbb genyedés, sipoly keletkezik, mely pontosan betartott kezelés mellett talán létre nem jött volna. Ugy hiszem, e körülményben keresendő első sorban annak oka, hogy a szegény-praxisban annyival gyakoribbak a genyedések és sipolyok.

Ez oknál fogva kell a szegény-gyakorlatban gyakrabban operálnunk. A műtét végrehajtását illetőleg, ezeknél az eseteknél mindig ankylosisra kell törekednünk. Ha betartjuk a fentebbi indicatioakat, ezen eseteknél conservatív kezelés mellett is merev ízületre kell számítanunk. Ehhez járul még fentebbi vizsgálataim eredménye, mely kétségtelenül kimutatta, hogy jó mozgó ízületre csak úgy számíthatunk, ha hosszabb ideig tartó orthopaediás kezelésnek vetnők alá a beteget. Ilyen kezelésre a második csoport betegeinél — az idővesztés és a vele járó költség miatt — nem is gondolhatunk.

Hogy az ankylosist gyps-kötésekkel, melyek az ankylosis teljes szilárdulásáig alkalmazandók, vagy Bardenheuer szerint úgy érjük el, hogy a csombesontot a medencéhez szöggel rögzítjük, ez a műtét izlésétől függ. Azt hiszem, hogy legészserűbb ez esetekben a jól alkalmazott czombjáromókötés, mely megengedi azt, hogy a beteg a műtéti seb begyógyulása után szabadon járhat-kelhet, a mi a betegek általános táplálkozására és a végtag erősödésére lényeges fontosságú.

Az indicatio felállításánál nem említettem egy pontot, mert pontosan körül nem írható. Ez indicatiót régebben így formulázták: a műtéti kezelés fogantatandó, ha conservatív kezeléssel czélt nem értünk. De mikor szólhatunk egy ily hosszadalmas betegségnél biztos eredményről?

E tekintetben csakis pontos vizsgálat, a legapróbb részletig

behatoló diagnózis irányíthatja gyógykezelésünket. Ha mélyebb destructiós folyamatokat kizárhatunk, folytassuk a conservativ kezelést; csak pontos anatómiás diagnózis adja kezünkbe a kést!

Ne várjunk semmi esetre addig, míg sipolyok keletkeznek, melyek többnyire vegyes fertőzéssel járnak, a mi a prognostit lényegesen rosszabbítja. Ez oknál fogva elvetendő a még itt-ott divó szokás, hogy a gümös tályogokat megnyitják és kikaparják. Még a leggondosabb aseptikus eljárás mellett is ritkán sikerül a másodlagos fertőzés kerülése. Kocher gyakran hangsúlyozza előadásaiiban, hogy gümös tályogot csak akkor szabad megnyitni, ha jogos reményünk lehet arra, hogy az alapját képező gümös gócot is eltávolíthatjuk. Ha csak a tályogot akarjuk kisebbiteni vagy gyógyítani, kitűnő szolgálatot nyújt a tályog megcsapolása és jodoform emulsió befecskendezése.

Végül sipolyos eseteknél, kóros fízamoknál ugyancsak az operativ kezelés nyújt legtöbb valószínűséget a gyors gyógyulásra.

Elfogulatlanul igyekeztem arra, hogy a conservativ és operativ kezeléssel elérhető eredményeket összehasonlítsam. Természetes, hogy az összehasonlító statistika számos hibaforrást rejt magában, melyek kerülése a leggondosabb eljárással is alig sikerül. Ráműtattam egy igen fontos hibaforrásra, annak hangsúlyozásával, hogy az összehasonlításra nem szabad a septikus aera adatait használni. E hibába estek még a legújabb munkák szerzői is. Hogy csak egy példára hivatkozzam, ott van Hoffa kitűnő dolgozata az új „Handbuch der praktischen Chirurgie“-ban.

Ha az újabb statistikák adatait nézzük, meg kell győződnünk arról, hogy a kizárólagosan conservativ kezelés nagyon egyoldalú, hogy a kezelésnek e két módja — a conservativ és a műteti eljárás — nem vetélytársak, hanem egymás mellé rendelt fontos tényezők. Mindegyike számára fontos indicatiók állnak fenn, melyek határai ma még ingadozók, de a melyek megállapítására kell törekednünk, míg a helybeli tuberculosis gyógyítására más mint helybeli eszközök rendelkezésünkre nem állnak.

Hálás köszönetet mondok Kocher professornak azért a kiváló előzékenységért, melylyel nagybecsű anyagát rendelkezésemre bocsátotta és ezzel lehetővé tette, hogy segítségével munkám anyagát gyűjthessem.¹

Irodalom. Zehnder, Hans: Beitrag zur Coxitisbehandlung. Inaug.-Diss. Bern, 1882. — Guinand, Paul: Beitrag zur Coxitisbehandlung. Inaug.-Diss. Lausanne, 1891. — Albrecht: Über den Ausgang der fungösen Gelenkentzündung und die Bedeutung der Gelenkresection bei solchen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 29. k. 1884. — Alexandrow (Moskau): Über operative Behandlung tuberculöser Erkrankungen des Hüft- und Kniegelenks bei Kindern. Ref. Cbl. f. Chir. 28. k. 1891. — Baehr: Über Endresultate der Hüftgelenkresectionen. D. Zeitschr. f. Chir. 30. k. — Barker, Arthur: The after history of 41 cases treated by operation for destructive hip joint disease. Lancet. 1900. május. 26. — Binder: Die conservative Behandlung der Coxitis und ihre Resultate, insbesondere die conservative Behandlung mittels portativer Apparate. Zeitschr. f. orth. Chir. 7. k. 2. k. — Bruns: Über die Ausgänge der tuberculösen Coxitis bei conservativer Behandlung. Arch. f. kl. Chir. 48. k. 1894. — Calot: La résection de la hanche dans la coxalgie. Presse méd. 1900. Ref. in Centralbl. f. Chir. 1900. — Caumont: Über Behandlung chronischer Gelenkentzündung an der unteren Extremität. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 20. k. — Cornet: Die Tuberculose. Nothnagels Spec. Path. und Ther. 14. k. 3. f. — Dollinger: Sebészeti módszerek. Budapest, 1901. — U. a.: Adatok a gümőkóros csontbántalmak jodoform-kezeléséhez. Orvosi Hetilap 1889; németül Cbl. f. Chir. 1889. — U. a.: Adatok a gümőkór öröklési kérdéséhez. U. o. — U. a.: A gümös csípőizületi lob, zsugor és merevség gyógykezelése. Orvosi Hetilap 1891. Németül D. Z. f. orthop. Chir. 1892. — U. a.: Adatok a gümös csont és izületi betegségek gyógykezeléséhez. Orvosi Hetilap, 1892. — U. a.: A gümös csont- és izületi betegségek gyógykezelése. Orvosi Hetilap, 1893. — Droba: Die Tuberculose der Knochen und Gelenke. Przeglad lekarski, 1899. 36—38. sz. Ref. Centralbl. f. Chir. 1900. — Gerulanos: Die Tuberculose der Gelenke und Wirbelsäule. Festschr. d. St. Hedwig-Krankenhaus zu Berlin. Ref. Cbl. f. Chir. 1896. — Heinecke: Die chirurgische Bekämpfung der Tuberculose im Knochen und Gelenken in: Penzoldt-Stinzing. 5. k. — Haas: Über Endresultate der Hüftgelenkresectionen.

¹ Dolgozatom megírása után (1900 februárjában) jelent meg König munkája: „Die specielle Tuberculose der Knochen und Gelenke; II. Heft. Das Hüftgelenk. Berlin, 1902.“ Adatait, melyek coxitis tuberculosa 568 esetre vonatkoznak, nem vehettem már be munkám keretébe, mert az egész statistikus részt újra kellett volna átdolgoznom. Az 568 eset közül 274, azaz az eseteknek körülbelül fele, resectiora került. Nagy örömet okozott, hogy König kitűnő, nagy anyagán hasonló eredményre és következtetésre jut, mint a miket én Kocher klinikájának anyagából és az irodalomból gyűjtött statistikákból levonhattam.

Inaug.-Diss. Würzburg, 1892. — Henle: Die Behandlung der tuberculösen Gelenkerkrankungen und der kalten Abscesse. Bruns Beiträge. 20. k. — Hoffa: Die ambulante Behandlung der tuberculösen Hüftgelenkentzündung mittels portativer Apparate. — U. a.: Artikel „Coxitis“ im Handbuch der praktischen Chirurgie. 4. k. — Hüter: Klinik der Gelenkerkrankheiten. 1877. 2. kiadás. — Kocher: Operationslehre. 4. kiadás. Jena, 1902. — König: Die Tuberculose der Knochen und Gelenke. 1884. — U. a.: Die moderne Behandlung der Gelenktuberculose. Langenbecks Arch. 24. k. 1892. — U. a.: Die Bedeutung des Röntgenbildes für die operative Behandlung der tuberculösen Coxitis. Deutsche Zeitschr. für Chir. 47. k. — U. a.: Lehrbuch der Chirurgie. 1900. — U. a.: Die spec. Tuberculose der Knochen und Gelenke. I. Das Kniegelenk. — Kirmisson: Des luxations soudaines au cours de la coxalgie. Révue d'orthopédie. 1899. — Krause: Die Tuberculose der Knochen und Gelenke. Deutsche Chir. — Ludloff: Die Behandlung der tuberculösen Coxitis. Arch. für klin. Chir. 63. k. — Ménard (Berck sur Mer): Arthrotomie de la hanche et curettage intégral dans la coxalgie compliquée d'un abcès rebelle à la méthode des injections. Bull. et mém. de la soc. de chir. 23. k. — Marsch: Zur Therapie der Coxitis tuberculosa. Inaug.-Diss. Marburg. — Mummelthay: Beitrag zur Behandlung der Coxitis. Inaug.-Diss. Kiel, 1895. — Neuber: Zur Behandlung der Knochen- und Gelenktuberculose. Arch. f. klin. Chir. 49. k. — Payr: Weitere Beiträge zur Kenntniss und Erklärung des fettembolischen Todes. Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. 1900. — Pedolin: Die functionellen Resultate der conservirenden und operativen Behandlung der tuberculösen Coxitis im Kniegelenk. Inaug.-Diss. Zürich, 1895. — Riedel: Die operative Behandlung tuberculöser Gelenke. S.-A. des Corr.-Bl. d. allg. A.-V. von Tübingen. 1888. — U. a.: Die Häufigkeit der Sequester bei der Tuberculose der grossen Gelenke, nebst Bemerkungen über die Behandlung der Gelenktuberculose. Cbl. f. Chir. 1893. 7. f. — Rincheval: Über operative Behandlung der Coxitis. Arch. f. klin. Chir. 50. k. — Sasse: Die conservative Behandlung der tuberculösen Coxitis und deren Resultate. Arch. f. klin. Chir. — Schmid-Monnard: Über den Zeitpunkt für Bestimmung endgültiger Resultate der Resection tuberculöser erkrankter Gelenke. Cbl. f. Chir. — Schmidt, Friedrich: Über den Verlauf der Hüftgelenkentzündung bei nicht operativer Behandlung. Inaug.-Diss. Erlangen. — Sandler: Therapeutische Bestrebungen auf dem Gebiete der Gelenktuberculose. Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens der med. Gesellschaft zu Magdeburg. 1898. — Sprengel: Zur operativen Nachbehandlung alter Hüftresectionen. Festschrift der Braunschweiger Aerzte zur 69. Versamml. d. Naturf. u. Aerzte. 1898. — Thal: Ein Beitrag zur Chirurgie der Hüft- und Kniegelenktuberculose. Inaug.-Diss. Dorpat. 1890. — Thausing: Endresultate der conservativen Therapie bei tuberculöser Hüftgelenkentzündung. Arch. f. klin. Chir. 42. k. — Wagner: Über die Ausgänge der tuberculösen Coxitis bei conservativer Behandlung. Bruns' Beiträge. 13. k. 1895. — Wahländer: Über die Verallgemeinerung der Tuberculose nach chirurgischen Eingriffen. Inaug.-Diss. Berlin, 1893. — Wolff: Beiträge zur Resection der tuberculösen Gelenke. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 45. k.

T Á R C Z A.

Markusovszky-féle egyetemi jubiláris előadások.

(Than Károly VII. előadása 1903. márczius 20-dikán.)

(Concentratio-elemek elmélete. — Fontossága a természetben és az állati szervezetben. — A fémek elektrolytos oldási feszülése. — Potential-különbség fém és elektrolyt-oldatok között. — Absolut potential és chemiai rokonság. — A Daniell-féle elem elmélete.)

Előadó bemutatta Nernst készülékét, melynek egyik elektrodja normal sósavba, a másik pedig 0.001 n. sósavba volt mártva. E szerkezetben elég erős áram keletkezik arra, hogy azt a beiktatott galvanometerrel előadásban is bizonyítani lehessen.

Ezüstnitrát-oldattal szerkesztett folyadékelemen bebizonyította, hogy az egyik elektrodhoz konyhasó, illetőleg kalium jodid-oldatot elegyítve, a concentratio-különbség fokozódása következtében az elektromindító növekszik. Ez után kiemelte a concentratio-elemek fontosságát elektromos áramok keletkezésére nézve a természetben. Figyelmeztetett arra, hogy az élő szervezetben különféle concentratiojú elektrolyt-oldatok szünet nélkül érintkezve egymással, ez egyszerű módon érthetővé teszi a szervezet működésében annyira fontos izom- és ideg-áramok keletkezését. A galvan-elemek elméletének levezetése végett, megismertette a fémek elektrolytos oldási feszülésének fogalmát (Pm). Ennek segítségével kimutatható, hogy mikor egy fémek saját sójának oldatába mártunk, az oldat és a fém között keletkező potentialkülönbség π közvetítő egyenlettel pontosan kifejezhető:

$$\pi = \frac{R}{n e} T \ln \frac{P_m}{p}$$

hol $n e$ a fém vegyértékeinek száma, e egy egyenértékének elektromos töltése, R a gáztörvény állandója, T az absolut hőmérsék, p az oldatban foglalt fém-ionok osmosis-nyomását, l pedig a természetes logaritmust jelenti. Ez egyenlet azt mondja ki, hogy az elektromos energia a fentebb leírt körülmények között az osmosis-energiának egyenértékű átváltozásából keletkezik. Két különféle fémről és azok sójából szerkesztett ilyen elektrolyt egybekapcsolásával egy galvan-elem áll elő, melynek elektromindító erejét kísérletileg pontosan megmérhetjük. Ha az egyik elektrolyt potentialkülönbsége ismeretes, akkor a másikat kiszámíthatjuk. Így határozták meg az egyes fémeknek úgynevezett absolu

potenciálját, vagyis azt a potenciálkülönbséget, mely előáll, ha az illető fémek saját sójának normal-oldatába mártjuk. Ez értékek voltakban kifejezve néhány fémre és nem fémre nézve a következők:

$$\text{Mg} = +1.231 \quad \text{Zn} = +0.503 \quad \text{Fe} = +0.087 \quad \text{H} = -0.25 \quad \text{Cu} = -0.59, \\ \text{I} = -0.77 \quad \text{Cl} = -1.56.$$

E számok szigorú tudományos alapon fejezik ki az egyes elemi alkatrészek jellemerősségét, t. i. azt, hogy ionalakban milyen erővel kötik le elektromos töltéseiket. Ezek a legbensőbb összefüggésben vannak úgynevezett affinitásukkal. Ugyanez értékekből összegezés útján egyszerűen kiszámítható bármely fémről és elektrolitból szerkesztett galvan-elem elektromindító ereje. Az egyes fémek elektrolitos oldási feszülése rendkívül nagy, a fémeké rendkívül csekély. Így pl. a zinké 9.9×10^{18} atmosph., a negatív rézé pedig csak 4.8×10^{-20} atm. A Daniell-féle elemben ezek szerint a galvanáram keletkezése arra vezethető vissza, hogy a zinkfém oldása közben óriási erővel löki ionjait az oldatba, és kényszeríti a rézionoknak semleges fémréz alakban való kiválását a rézelektrodon, míg a sulfat-ionok ellenkező irányban mozogva, a fémzinkhez jutnak és azzal zinksulfat-oldattá vegyülnek. Az ionoknak ezen ellentétes mozgásában áll az elektromos áram, melyet a külső (drót) vezeték közvetít. A Daniell-féle elem ezek szerint olyan gép, melyben a fémzink és a bigított kénsav kémiai reakciójától előidézett osmosis-energia (a zinkfém elektrolitos oldási feszülése) egyenértékű módon elektromos energiává változik át. A rég vitatott Volta-féle probléma e vizsgálatok alapján a kontakt elmélet mellőzésével végleg a kémiai elmélet javára dönt el. Előadó fejtegetéseit nagyszámú tanulságos kísérlettel világosította fel.

(Than Károly VIII. előadása 1903. márczius 25. dikién.)

(Megfordítható reakciók. — Concentratio. — Reactiosebesség. — A reactiosebesség törvénye. — A kémiai kinetika és statika alaptörvénye. — Tömeghatás törvénye. — Ennek fontossága.)

Ez előadásban a kémiai mechanikát kezdte meg. Miután kiemelte annak tudományos, philosophiai és gyakorlati nagy jelentőségét, előbb a megfordítható kémiai reakciók, továbbá a concentratio és a reactiosebesség fogalmát állapította meg.

Kísérletekkel felvilágosítva levezette a czukorinversio példáján a Wilhelmtyől 1850-ben megállapított reactiosebesség törvényét, mely szerint a *reactio-sebesség minden pillanatban arányos az egymásra ható testek concentratiojának szorzatával*. Kiemelte, hogy Buchbück vizsgálatai szerint, melyeket a carbonylsulfid hydrolytos bomlásával végzett, a reactiosebesség a közeg belső sűrűlődsével szoros összefüggésben van. A hőmérsék emelésével a reactiosebesség rohamosan nő.

Ezután előadó levezette a kémiai kinetika és a kémiai statika alaptörvényeit, melyekből néhány kísérleti adat észlelésével a kémiai reakciók időbeli lefolyását meg lehet állapítani. A két törvény egyesítéséből áll a tömeghatás törvénye, mely egyszerűbb esetekre a következő egyenlettel fejezhető ki:

$$K = \frac{c_1 \cdot c_2}{c_1 \cdot c_2}$$

hol c_1 és c_2 az eredeti testek concentratioját, c_1' és c_2' pedig a bomlási termékek concentratioját jelentik egyensúlykor. K az úgynevezett egyensúlyi állandó, mely ugyanazon testrendszerre nézve állandó értékű és csupán a hőmérsékkel változik. Szóval ez egyenletet, a tömeghatás törvényét ekként formulázhatjuk:

Egyensúlykor az összetartozó concentratiook szorzatának viszonya állandó.

E törvényt legelőször nem egész általános alakjában, hypothesis alapján 1867-ben Guldberg és Waage christiániai professorok vezették le. Azóta számtalan esetben ellenőrizték következményeit mérőkísérletekkel, melyek a törvény helyességét és általános érvényét minden esetben igazolták. E törvény a kémia újabb haladásaira a legnagyobb befolyással volt. Következő alkalommal előadó annak alkalmazását fogja ismertetni, a homogen és heterogen kémiai rendszerek egyensúlyának eseteire, egyes konkrét példákban.

Állami gyermekvédelem.

A belügyministeriumban az elmúlt héten több napon át hosszas eszmecsere folyt azon szabályzat felett, melyet a m. kir. belügyministerium az állami gyermekvédelemről az 1901. évi VIII. és XXI. t.-czikk végrehajtása tárgyában, tervezet gyanánt készített. A tanácskozáson Széll Kálmán, mint belügyminister elnökölt, Gulner és Széll Ignác államtitkárok társaságában, s a népes értekezleten résztvettek mindazok, akik a gyermekvédelemmel eddig közvetve vagy közvetlenül foglalkoztak. Az előadói szabályzat tervezet 6 részből, összesen 80 §-ból áll s az elhagyott gyermekek védelmét hazánkban a legideálisabb állápontra helyezkedve részletezi. Oly szabályzat-tervezet ez, mely, ha megvalósul — s a megvalósítás kétségtelenül a közel jövőben már megtörténik —, az összes művelt nemzetek irigységét felkelti Magyarországon az elhagyott gyermekek védelmében kétségtelenül az összes nemzetek között az első helyet fogja elfoglalni. Nem szolgálja átvele ez más államok hasonló célú szabályzatainak, hanem *eredeti* munkát, mely nagy gondossággal, körültekintéssel s filantropikus érzelmek által vezetettve készült. A szabályzat tervezetnek legsarkalatosabb pontját képezi a 2. §, melynek értelmében „a 15 éven alul levő elhagyott gyermekek joga van az állami gyermekvédelemre, miért is az állami gyermekmenhely kötelezvébe felvétetik”. Nem akarunk itt a legnagyobb dícséretet érdemlő előadói tervezettel behatóbban foglalkozni. Csak felemlítjük, hogy a tervezet — a mi természetes is — az elhagyott beteg gyer-

mekekről is kellőképpen gondoskodik s örömmel és megnyugvással vettük tudomásul azt az elnökölő miniszterelnök úrtól, hogy a tág értelemben vett beteg elhagyott gyermekek gondozása céljából két sanatoriumnak felállítását vette tervbe, egyiket a Balaton partján, a másikat pedig Pálcson.

A miniszterelnök figyelemmel meghallgatta Bókay tanár felszólalását, melyben felszólaló reá mutatott arra, hogy az elhagyott gyermekek között nagy számban előforduló súlyos angolkóros és görvélyes gyermekek számára a magyar tengerparton áldásos hatású volna egy *tengeri „hospice”* felállítása, a külföldi hasonló célú intézetek mintájára. Mint felszólaló említi, a székes fővárosban egy ily irányú társadalmi mozgalom már is megindult s kétségtelen, hogy a magyar társadalom, mely nemes czélokért mindenkoron tudott lelkesedni, ezen czélra is áldozni fog; hogy azonban a terv mielőbb megvalósíttassék s minél jobban megoldható legyen, a társadalmi actio nem nélkülözheti a belügyi kormányzat erkölcsi s anyagi támogatását.

A belügyminister a tervezet szerint az országot az állami gyermekvédelem szempontjából kerületekre osztja s a menhely intézeteit a szükséghez képest állítja fel. Mint tudjuk, a gyermekmenhely-intézetek felállítása első sorban ott tervezetik, ahol már állami szülőházak működnek. Miután ezen gyermekmenhely-intézetek tág értelemben vett *csecsemőkórházak* lesznek, kívánatos, hogy azok főorvosi állásainak betöltésénél a belügyi kormányzat a jelölt szakképzettségét különösen figyelembe vegye, mert ezen gyermekmenhelyek nemes czéljuknak teljesen csakis akkor fognak megfelelni, ha azok élén teljes szakképzettséggel bíró főorvos áll, aki az anyagot szigorúan tudományos és kezelni tudja. Ajánljuk *tisztán tárgyilagoss* megjegyzésünket a belügyi kormányzat különös figyelmébe, annál inkább, mert az állások ilyen módon történő betöltése által jelentékenyen elősegítjük azt, hogy gyermekgyógyászattal hazánkban minél többen foglalkozzanak szakszerűen s így indirecte lényegesen közrehatunk, hogy az egész országban minden vonalon csökkentsük a fájdalom még mindig eléggé nagy gyermekhalandóságot.

B. J.

Közegészségügy.

Az országos közegészségügyi tanács 1902-dik évi működéséről.

(Folytatás.)

IX.

Kérdés intéztetvén a tanácshoz, hogy bevezethető-e az acetylen-világítás a tébolydákba s nevezetesen a nagyállói állami elmeorvó-intézetbe?

A tanács véleménye szerint csak a villamos világítás tekinthető olyannak, amely — különösen tébolydák világítására — ajánlható; egyrészt azért, mert minden helyiség megvilágítható és elsötétíthető a nélkül, hogy a helyiségbe be kellene lépni, másrészt azért, mert még akkor sem fenyegetne nagyobb s az egész intézetre kiható veszély, ha a kulcsok és világító testek elhelyezése czélszerűtlen volna, a mi különben könnyen elkerülhető; e mellett a villamos világítás egészségi tekintetben is kifogástalan, mert nem melegít túlságosan és égési termékekkel nem rontja a levegőt.

Az acetylen mérges volta és nagy robbanékonyága folytán, különösen tébolydákban, nagy veszélyeket okozhat, miért is sem a nagyállói, sem más tébolydákban nem alkalmazható.

X.

Felhivatván a tanács, hogy véleményt adjon arra nézve, vajjon elrendeltesse-e a diphtheria-ellenes serumnak a gyógyszerárakban kötelező tartása?

A tanács, tekintettel azon körülményre, hogy a diphtheria-ellenes gyógyszerum alkalmazása már jóval túl van a kísérletezési szakon s kifejezett diphtheriás eseteknél a gyakorló orvosnak a gyógyszerum alkalmazása majdnem lelkiismereti kötelessége: annak, mint gyógyszernek tartását a gyógyszerárakban kötelezőleg elrendelendőnek véli s egyszerűsmind rendelkezésére bocsátja a nmélt. Belügyministeriumnak azon szabályzat tervezetét, mely szerint a gyógyszerum beszerzése, eltartása és kiszolgáltatása eszközölendő.

XI.

Az osztrák cs. kir. Belügyministerium értesíti a m. kir. Belügyministeriumot, hogy 1901. évi 41.824 sz. a. a legfelsőbb egészségügyi tanács véleménye alapján körrendeletet bocsátott ki annak megakadályozására, hogy a kénather akár élvezeti, akár úgynevezett szeszerőstítő czélokra használtassék.

Ezen körrendelet azzal küldetett meg a tanácsnak, hogy véleményt adjon arra nézve, vajjon közegészségügyi tekintetből szükséges-e hasonlóan kibocsátása?

A tanács, tekintettel arra, hogy a kénathernek, mint egészségre ártalmas kábító szernek más anyagokkal keverését és élvezeti szer gyanánt használatát úgy az 1876. XIV. t.-cz., mint több rendbeli belügyministeri rendeletek tiltják: csakis figyelmeztetni véli a hatóságokat arra, hogy a kénather, valamint az úgynevezett Hoffmann-cseppek a törvény által tiltott ártalmas szerek közé tartoznak.

XII.

Felhivatván a tanács, hogy véleményét nyilvánítsa a nmélt. kereskedelemügyi minister által kibocsátani szándékolta azon rendelet tervezete felett, melylyel az erősen sűrített és cseppfolyósított gázok szállítására és raktározására szolgáló palackok vizsgálata szabályozandó lesz.

A tanácsnak a rendelet kibocsátása ellen nincs észrevétele, de megjegyzi, hogy az elősorolt gázokon kívül más gázoknál esetleg még

más óvintézkedések is válhatnak szükségessé s hogy szükséges volna olyan gázoknál, melyek, mint a kénsav nedves állapotban, az edények anyagát is megtámadhatják, az edények hivatalos vizsgálatánál ezen körülményre is figyelemmel lenni s az edények ellenálló képességét gyakrabban megállapítani.

(Folytatása következik.)

A bujakóros, trachomás és elmebajos betegsegélyző pénztári tagok esetleges házilag ápolásából felmerülő költségeket az államkincstár nem viseli és a házilag kezelés idejére táppénz nem jár. K. M. 1903. február 28-dikán 12.585. sz. a. hozott elvi határozata.

Kerületi betegsegélyző pénztárnak. Szolnok.

M. évi július hó 23-dikán 868. sz. a. kelt felterjesztésére értesitem a címet, hogy a belügyministerium vezetésével megbízott miniszterelnök úr, f. évi február hó 17-dikén 92.499/1902/VII. sz. a. hozam intézett átirata szerint, betegsegélyző pénztári tagoknak egyáltalában oly értelemben való házi ápolását, hogy ebből az államkincstár terhére érvényesítendő költségek is felmerülhessenek, teljesen kizártnak tartja s így nem látja szükségesnek azt sem, hogy ezen kérdés a cím által óhajtott irányban szabályoztassék.

Mert a kórházi ápolást a betegség természeténél fogva nem igénylő bujakóros vagy trachomás betegsegélyző pénztári tag, ha még orvosi tanácsra vagy ellenőrzésre szüksége van is, a mit a segélypénztári, esetleg a hatósági orvos is hivatalból díjtalanul nyújtani és teljesíteni köteles, rendes foglalkozását, illetve kenyérkeresetét folytathatja, a mikor utána az államkincstár terhére költség felszámításának helye nem lehet; bajának a közegészséget veszélyeztethető helyzetbe jutása esetében pedig a hatóság által feltétlenül kórházi ápolásba küldendő, a mikor igazolt vagyontalansága esetén kórházi költsége ugyanis az államkincstárból fedeztetik.

Az elmebeteg pedig, ha a baja heveny és gyógyítható, vagy ha közveszélyes, a törvény értelmében feltétlenül kórházba vagy elme-gyógyintézetbe helyezendő, az ártalmatlan és gyógyíthatatlan pedig az illetékesi község által ápolandó.

Ezekhez képet a cím által felvetett azon további kérdés, vajjon a bujakóros, trachomás és elmebajos betegsegélyző pénztári tagoknak azon időre, míg hatósági orvos által a kincstár terhére házilag kezelhetnek, de munkaképtelenek, lehet-e az illetékes betegsegélyző pénztárral szemben tápigényük: tárgyalanná válik.

Központilag kezelt körjegyzői és körorvosi fizetések utalványozása. (A belügyministernek 10.160/1903. sz. a. K. vármegye alispánjához intézett rendelete.)

A számvérségi utasítás 33. §-ának az a rendelkezése, hogy a közigazgatási, árva- és gyámhatósági (háztartási) kiadások és az utalványozható, az 1902. III. t. cz. 7. §-án alapszik. Ennél tovább menő esetleges igénybevétele kormányzati hatáskörben nem engedélyezhető. A mennyiben tehát a körjegyzői és körorvosi fizetések kellő fedezet hiányában esedékességük idejében kifizethetők nem lennének: a vármegye közönségének alkalmas módokat kell gondoskodnia, hogy az illető alapok fizetőképessége — a számvérségi utasítás 34. §-ában jelzett irányban — biztosítottassék.

Orvosi közügy.

A budapesti orvosok szövetségének 1902. december 19-dikén Babarzi-Schwartz Ottó elnökle alatt tartott gyűlésén a következő egyleti orvosi pragmatika-tervezetet fogadták el.

I. Orvosi testület. 1. Egyazon egylet keretében működő orvosok testületet alkotnak. E testület saját kebeléből megválasztja az ügyvivő orvost, a ki az orvosi testületet az egyletben képviseli. 2. Rendszeresített főorvosi állás esetén a testület nem választ ügyvivő orvost. 3. Az egyleti főorvos, illetve ügyvivő orvos az egyleti választmányának hivatalból teljesen egyenjogúsított tagja és az egyletnek orvosi ügyekben előadója.

II. Orvosi állások betöltésének módja. 1. Az egyleti orvosi állás kizárólag nyílt pályázat útján tölthető be. A pályázati hirdetmény az összes feltételek felsorolásával legalább kétszer egymásután ugyanazon orvosi szaklapban teendő közzé. 2. A beérkezett pályázatokról az egylet főorvosa vagy ügyvivő orvosa köteles kimutatást készíteni, a melynek alapján a választmány az egyleti orvost megválasztja. 3. Egyleti orvosul csak az választható meg, a kinek legalább két éves orvosgyakorlata van; egy évi kórházi gyakorlat két éves orvosgyakorlat számba megy. 4. A megválasztott egyleti orvos kinevezési okmányt kap, állása végleges és állásából csak fegyelmi úton mozdítható el.

III. Az orvosi állás megüresedése. Az orvosi állás megüresedik: 1. elhalálozás folytán; 2. önkéntes távozás folytán, a mikor három havi előzetes felmondás kötelező az orvos részéről; 3. az egylet feloszlása vagy más egyletbe való beolvadása esetén, a midőn az orvosnak egy évi teljes fizetés jár; 4. fegyelmi büntetés folytán; 5. testi vagy szellemi fogyatkozás esetén, a melynek megítélésében egyedül az orvosok testülete dönt.

IV. Szabadságolás. Helyettesítés. 1. Az egyleti orvost évenként legalább négy heti szabadságidő illeti meg. Helyettesítőről az orvos gondoskodik; ha erre nem képes, úgy az egylet vezetősége. 2. Az egyleti orvost megbetegedés esetén testületbeli orvostársai helyettesítik. Ezen idő alatt fizetését legalább egy évig kapja.

V. Az orvos állása az egyletben. 1. Az orvos úgy felelősségteljes működésére, valamint állására és az orvosi kar méltóságára való tekintettel igényt tart kellő tiszteletre, úgy az egyleti tagok, valamint az egylet vezetősége részéről. 2. Az egylet vezetősége ellen irányuló panaszt az egyleti orvos közvetlenül a fegyelmi bíróság elé terjeszti. Felelősségi fórum az egylet választott bírósága. 3. Az egylet szabályai gondoskodnak arról, hogy az egyleti tagok tiszteletteljes magatartása az orvossal szemben megfelelően és hatáson biztosítottassék. Ha az orvos ezen úton nem kapja meg a kellő elégtételt, panaszát a fegyelmi bírósághoz intezi, a melynek ítélete az egylet választott bíróságához felelősségteljes.

VI. Választott bíróság. Az orvosi testület és az egylet között felmerült oly vitás ügyben, melyre nézve megegyezés el nem érhető, a választott bíróság dönt, mely megalakul az egylet választmányának és a Budapesti Orvosok Szövetsége választmányának egyenlő számú tagjaiból. Az elnöklésre az illető egylet területén lévő kerületi előjáró vagy annak helyettese kirendő fel.

VII. Fegyelmi eljárás. 1. Az egyleti orvos ellen irányuló panasz, a panaszolt eset megtörténtétől számított 8 (nyolcz) napon belül az egylet elnökségénél írásban bejelentendő. 2. E panaszok a főorvos, vagy az ügyvivő orvos ügykörébe tartoznak. 3. Hogy valamely panaszból kifolyólag mikor intéztessék fegyelmi eljárást, azt a főorvos, vagy az ügyvivő orvos meghallgatásával az egylet választmánya határozza meg. 4. Fegyelmi eljárás indítható azon orvos ellen: a) a ki az egylettel szemben ellátott kötelességeit készkarva megszegi; b) a ki ellen bűnvádi ügyben végérvényes difamáló bírói ítéletet hoztak, vagy a kit orvostársadalmi úton etikai vétség miatt elmarasztaltak.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Újabb adatok az emberi és a marhagümőkór azonosságának kérdéséhez.

Székely Ágoston dr. egyetemi magántanártól.

Irodalom. Behring: Bekämpfung der Tuberculose. Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 11. szám. — Behring: Über die Artgleichheit der vom Menschen und der vom Rinde stammenden Tuberkelbacillen. Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 12. szám. — Cipollina: Beitrag zu dem Studium der Rinder- und menschlichen Tuberculose. Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 8. szám. — Dieudonné: Über Anpassung der Säugthiertuberkelbacillen an den Kaltblüterorganismus. Physikalisch-medizinische Gesellschaft in Würzburg. Sitzung am 27. November 1902. — Hansemann: Über Fütterungstuberculose. Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 7. és 8. szám. — De Jong: De eenheid der zoogdiertuberculose. Leyde, 1902. Ref. Semaine médicale, 1903. 5. szám. — Raw: Human and bovine tuberculosis. British medical journal, 1903. január 31. — Raw: Human and bovine tuberculosis: the possibility of human infection from cattle. British medical journal, 1903. március 14. — Thomassen: L'immunisation des jeunes bovidés contre la tuberculose. Extrait du recueil de médecine vétérinaire, 1903. január 15. — Troje: Beitrag zur Frage der Identität der Rinder- und Menschen-tuberculose. Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 11. szám.

Az emberi és a marhagümőkór azonosságának kérdését ismertető utolsó dolgozatot óta (Orvosi Hetilap, 1903. 1. és 2. szám) megint több idetartozó közlés látott napvilágot, a nélkül, hogy a bennük foglalt észlelések, illetőleg kísérletes vizsgálatok a kérdés végleges eldöntéséhez vezettek volna. Sőt úgy látszik, hogy a kérdés kezd még bonyolódottabbá válni, a mennyiben újabban az a nézet is felmerült, hogy az emberi és a marhagümőkór okozta betegség különböző, talán antagonistikus is, de azért a marhagümőkór is veszedelmes az emberre nézve.

Ezen utóbbi nézetet Raw vetette a felszínre. Mint tüdőgümőkórral előszeretettel foglalkozó orvos ezen betegség klinikájára és kórbonecztanára vonatkozólag kiterjedt tapasztalatai vannak, a melyek egybevetéséből arra a gondolatra jutott, hogy az elsődleges bégümőkór, a tabes mesaraica, a savós hárták — főleg izületek —, továbbá a mirigyek ugynevezett gümőkóros megbetegedése gyöngykóros tehenek tejének használatától feltételezett fertőzés következménye és nincsen összefüggésben az embernél leggyakrabban szereplő tüdőgümőkórral. Nézetének támogatására felhossa, hogy tüdőgümőkór — mely főleg a fiatalabb korú felnőttek betegsége — esetében rendkívül ritka a mirigyek és izületek megbetegedése, a hasúri szervek bántalmazottsága is csak már a tüdőgümőkór nagyon előrehaladt szakaiában található néha; ezzel szemben a mirigyek, az izületek, a csigolyák, a hasúri szervek (tabes mesaraica) gümőkórja főleg a csecsemő- és a gyermekkor betegsége és nagyon ritka dolog, hogy a betegség most említett localisatiójában szenvedők tüdőgümőkórosakká váljanak. Felhossa továbbá, hogy a főleg a köpet útján való fertőzés ellen irányuló óvintézkedések a tüdőgümőkór-esetek számát az utóbbi időben lényegesen csökkentették, a tabes mesaraica esetek száma azonban még gyarapodott. Tabes mesaraicában szenvedő 34 gyermekre vonatkozó körlelményi adatok pontos kutatása azzal az eredménnyel járt, hogy a 34 gyermek közül csupán 1-nél volt jelen a szülők részéről a gümőkóros fertőzés veszélye. Különböztet azt hiszi, hogy a tabes mesaraica — vagyis véleménye szerint

végeredményben a marhagümöbaccillussal fertőzés — kis gyermekeknél még sokkal gyakoribb, mint a hogy látszik, mert ezen bajból sok gyermek kigyógyul. Különben felemlíti, hogy tabes mesariaica és térd-izületi megbetegedés 1—1 esetéből glycerines vérsavón épen olyan tenyészet fejlődött mint a marhagümöbaccillus tenyészet.

Az emberi és a marhagümöbaccillus antagonizmusának felvétele alapján Raw még azt a kérdést is felveti, vajon nem lehetne-e marhagümöbaccillussal embergümöbaccillus ellen immunizálni? E tekintetben érdekesekek Behring vizsgálatai, a melyek kimutatták, hogy a fordítottja a dolognak, tudniillik marhák immunizálása marhagümöbaccillus ellen emberi gümöbaccillussal, tényleg nagyon könnyen sikerül. Hasonló eredményre jutott különben Thomassen is.

Behring azonban nem az emberi és a marhagümöbaccillus antagonizmusából származtatja az immunizáló hatást, mert szerinte az emberi és a marhagümöbaccillusok legfeljebb a fertőző képesség tekintetében térnek el egymástól, egyébként pedig azonosak. Szerinte a marhagümöbaccillus általában véve erősebb fertőző képességgel bír, mint az emberi s azért amaz az emberre nézve is ártalmasabb. Ez az ártalom azonban nem igen juthat kifejezésre, mert az ember főleg csak gümöbaccillus marhák teje vagy húsa útján jön érintkezésbe a gyomor és a bél követítésével a marhagümöbaccillussal. A gyomor pedig, a mint tudjuk, nem alkalmas a gümöbaccillus megtelepedésére; a bélre nézve pedig újabb vizsgálatok kimutatták, hogy epitheliájának megszákítás nélküli nyákzónája teszi alkalmatlanná a gümöbaccillus felvételére. Ez a nyákzóna csak az élet első heteiben hiányzik, ilyenkor tehát könnyen bekövetkezhetik a bél útján a gümöbaccillus fertőzés. Egyébként azt is mondja Behring, hogy talált olyan emberi gümöbaccillus-tenyészeteket is, melyek marhára nézve nagy mértékben fertőző képességűnek bizonyultak.

A bél nagyfokú ellentálló képességét a gümöbaccillus fertőzéssel szemben tüntetik fel Hansemann tapasztalatai is. Tüdővérszben elhalt, 10 éves koron alul levő gyermekeket boncolt és csak 16 esetben talált bél-gümöbaccillust is, pedig az ilyen kisebb gyermekek csaknem kivétel nélkül lenyelik a köpetet s így rendkívül sok virulens gümöbaccillus jut a belükbe.

Az elsődleges bélgümöbaccillus ritkaságát illetőleg Hansemann felemlíti, hogy nagy boncolásanyagot 7 év alatt csak 25 esetet látott. Szerinte az elsődleges bélgümöbaccillus a legtöbb esetben meggyógyul, néha azonban nagymérvűvé válik és más szervekre átterjedés vagy egyéb eshetőségek következtében halálhoz vezethet. Nem ismer esetet, melyben a bél útján történt fertőzés folytán tüdőgümöbaccillus keletkezett volna (Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Kaposi: Chirurgie der Nottfälle. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1903.

A sürgős chirurgia, mely e könyv tárgyát képezi, a sebészet legfontosabb fejezeteit tartalmazza, melyek megérdemlik, hogy a gyakorló orvos számára külön könyvbe foglaltassanak. Különösen fontos ez manapság, midőn a fejlődő sebészeti technika s a chirurgikus beavatkozások növekvő merészsége mellett a sürgős sebészi beavatkozások tere mind nagyobb és nagyobbá válik.

Természetes azonban az is, hogy minél nagyobb sebészi előképzettséget, iskolázottságot igénylő, minél nehezebb technikájú műtételek foglalnak helyet a sürgős beavatkozások sorában, annál kevésbé lehet a gyakorló orvostól megkövetelni, hogy ezen műtételeket elvégezni is tudja; legfeljebb a tracheotomia, a kifelé történő vérzések csillapítása, a sebek provisorikus ellátása ama sebészi ténykedések, a melyeket minden orvosnak tudnia kell; azonban feltétlenül megkívánhatjuk és meg kell kívánnunk minden orvostól, hogy felismerje azon eseteket, melyekben sürgős műtéti beavatkozásra szükség van, hogy idejekorán gondoskodás történhessék az iránt, hogy a beteg alkalmas szakferfiú kezei közé jusson.

Ezen irányelveket tartva szem előtt, írta meg Kaposi a sürgős chirurgia kézikönyvét a gyakorló orvosok számára. Röviden, szinte telegramm-stylusban sorolja fel azon eseteket, melyek a sebész sürgős, vagy legalább is mihamarábbi beavatkozását igénylik; röviden jelzi a végzendő műtét s utókezelés lényegét, a nélkül, hogy a technikai részletekbe — kivéve a tracheotomiát — belebozsátkoznék.

Kezdi egy általános bevezetéssel, melyben a sérült első ellátásáról, elhelyezéséről, transportjáról, lakóhelyiségekben végzendő műtét előkészületeiről beszél, továbbá a sebek desinfectiojára, ellátására, a vérzés-csillapításra vonatkozó tudnivalókat tárgyalja. A részletes rész a chirurgiák szokott rendjében halad végig az összes testtájakon, az ott előforduló sérüléseket, idegen testeket és sürgős beavatkozást igénylő egyéb megbetegedéseket sorba veszi; persze a legnagyobb tér itt is a haschirurgiának jut; a sérülések különböző nemein, herniákon kívül külön fejezeteket szentel a gyomor, bélfékelyek, epehólyag átfúródásának, az appendicitis által előidézett perforatív peritonitiseknek, a tubalis graviditásnak, az ileusnak s az ileust mimelő különféle kóros állapotoknak (koprostasis, mesenterialis edények thrombosisa, pankreatitis, ovarialis daganatok kocsányosarodása). Egy harmadik részben a legfontosabb gyanús gyuladások, phlegmonák kórképét és terapiáját rajzolja. Előadásában a diagnostika főbb pontjaira s a műtéti indiciókat fekteti a fősúlyt; mindenütt rövidsége és könnyű áttekinthetősége törekszik, e törekvésében azonban sokszor kissé homályos lesz s különösen az, a ki nem látott sok „sürgős” esetet, a kinek nincs sok izben alkalma sürgős műtetre való indiciót felállítani — tehát az orvosoknak épen azon része, kiknek e könyv szánva van —, bizony sok helyen szeretne bővebb, kimerítőbb felvilágosítást kapni az őt érdeklő kórformákra vonatkozólag, mint a mennyit ebben a könyvben megkaphat.

Mindazonáltal ajánlhatjuk a könyvet az orvosi publicum figyelmébe, mert a legfontosabb tényekről mégis gyors tájékozást nyújt, igen élénken van megírva és sok szép és tanulságos, a Czerny-klinika gazdag anyagából vett esettel illusztrálja mondanivalóját.

A könyv csinos kiállítása a kiadó izlését és áldozatkészségét dicséri.
P. J. dr.

Moriz Benedikt: Das biomechanische (neo-vitalistische) Denken in der Medizin und in der Biologie. Jena, G. Fischer, 1903, 57 l.

A tudományágaknak szétválasztása theoretikusokra („Geisteswissenschaften“) és gyakorlatiakra („Erfahrungswissenschaften“) tart-hatatlan, mert a gyakorlati tudomány egyszersmind theoretikus és fordítva. Így a biológia és orvostudomány nemcsak tapasztalati, hanem egyszersmind theoretikus tudományok is, melyek az összegyűjtött megfigyelésekből, tapasztalatokból, kísérletekből rendszeres gondolkodás révén általános megismerési tanokat kell hogy képezzenek. Már túlhaladtunk ama időn, mikor a biológiai nyilvánosságokat kizárólag physikai, mechanikai és vegyi törvények szerint magyarázták, mert ezeken kívül még magasabb természeti törvények is mérvadók. A „neo-vitalismus“ visszatérést jelent a régi nézetek, hogy t. i. az életrők különválnak és részben függetlenek az imént említett természettudományi törvényektől. B. a „Neovitalismus“ helyett a „Biomechanik“ elnevezést használja, és ez ama tan, mely — a boncztan és élettan mellett — megállapítja „a szerkezeti elveket, melyektől a működési képesség függ és kikutatja a működés létrejöttének módozatait“.

Ezen levezető magyarázatok után szerző ezen elvből és szempontból kiindulva, hol részletesen, hol vázlatosan foglalkozik a főbb élettanvilágulásokkal, helyenként régi nézetek hívének vallván magát, hol új, eredeti és meglepő magyarázatokat adva. „A sejtélet biomechanikája“ című fejezetben — kiindulva ama elvből, hogy a sejtélet képezi az egész élettan alapját — behatóan tárgyalja a sejt élettanvilágulását és anyagcseréjének módozatait; a sejtek távolhatása részint a nedvkeringés, részint az idegrendszer által történik; szerinte az idegeknek mindenkor úgy centrifugális, mint centripetális, tehát kettős vezetőképessége van, mit számos tényről és meglepő következtetésekkel igyekszik bizonyítani. A „trophoneurosisok“ kizárólag vasomotorikus neurosisokkal nem magyarázhatók; kell hogy ez utóbbihoz még a szöveteknek egy izgalma (az idegrendszer által létesítve) járuljon. Különben az idegrendszer kóros állapotokban másként reagál, mert „kóros ingerek már nem tartják be az élettani vezetés törvényeit, hanem minden irányban áthatolhatnak.“ Az annyira fontos és actualis neuron-kérdésben szerző nem nyilatkozik határozottan, de ironikusan; úgy a tisztá neuron-elmélet, mind az újabb felmerülő ellentézet lehetőségeit megengedi: szerinte a biomechanika a boncztan alap részleteinek mellőzésével így is, úgy is magyarázhatja az életjelenségeket, s ebben véljük szerző biomechanikájának egy hiányát láthatni. A továbbiakban szerző e helyütt nem részletezhető néhány általános biomechanikai törvényt, a növekedés, vérkeringés, szív működés és szaporodás biomechanikáját tárgyalja.

Szerző könyve rövidsége mellett oly gazdag tartalommal és meglepő nézetekkel, hogy megismerése csak részletes és beható tanulmányozás útján lehetséges.
Hudovernig.

Lapszemle.

Sebészet.

Aranyeres csomóknál egy újabb műtéti eljárást ajánl J. Potarca. Tulajdonképen Vercesco módszere, ki azt 1900-ban, a XIII. orvosi congressuson (Párisban) közölte ugyan, de követőkre nem talált. Potarca 5 esetben végezte ezen műtétet a craiovai katonai kórházban és az elért fényes eredmények után eléje helyezi Whitehead műtétének. A műtétet a szokott műszereken kívül szükségesek: karlsbadi tűk és egy 8—9 cm. hosszú, 3—3½ cm. széles lekerekített szélű parafahenger; a henger hossz tengelyébe rézdrótfogyantú van erősítve, az eszköznek könnyebb irányítása végett. Végbélmosás az előző és a műtét napján. Következik a sebészeti technika ismertetése: Általános vagy lumbalis anaesthesia mellett a dilatátorral szőttárt anuson át fenti parafahengert metszzük át a bőrt, visszapræparáljuk a sphinctert, majd a nyákhártya átmetszése után csomós varratokkal egyesítjük a hengerhez tapadó belső nyákhártyaszélet a bőrrel külső szélével. A műtét tartama 15—20 perc; műtét után xeroformgaze-tampont viszünk az anusba. Gyógyulás P. valamennyi esetében per primam, átlag 8—10 nap után. P. eme módszer előnyeit a következőkben összegezi: 1. elesik a hosszadalmas és terhes előkészítés; 2. az analis nyílás tökéletes elzárása és a végbél-falak kitágítása által tisztább és vértelenebb műtétet biztosít az összes eddigi eljárásoknál; 3. a legkedvezőbb physiologiai feltételek mellett új sphincter képződik; és végül 4. a műtét tartama rövidebb, mint egyéb módszereknél. (Revue de chirurgie, 1902. 5. sz.)

Gergő Imre dr.

Milyenek a kilátások emlőrák műtéténél legnagyobbodott supraclavicularis mirigyek jelenlétekor? Ily czimmet közli Küttner észleléseit, melyeket a tübingai sebészeti klinikán tett. 1880-tól 1902-ig 54 oly emlőrák operáltatott, hol a kulcsesont feletti árokban legnagyobbodott mirigyek voltak jelen. Ezek közül kettő a műtét következményeiben halt meg. 11 esetben nem tárták ki külön a kulcsesont feletti

árkot s így összesen 41 eset marad, hol a mirigyeket pontosan kiszedve a betegek gyógyulva távoztak. Kivétel nélkül minden esetről a távozás után az egész lefolyásról pontos értesülések szereztek be. Valamennyi beteg, egynek kivételével, recidívában elhalt. Az egy nőbetegnél, ki jelenleg 3 évvel a műtét után még teljesen egészséges, az utólagos vizsgálat kiderítette, hogy a rák a bőrhámból indult ki s a megnagyobbodott mirigyek lobos természetűek voltak, nem pedig rákosak. Ez elszomorító statisztika alapján Küttner oly emlékrák esetében, hol a supraclavicularis mirigyek is rákosak, a prognostis abszolút rossznak mondja s csak a palliatív műtétet tartja helyén valónak, mert még a legnagyobb beavatkozással sem tudjuk ilyenkor a terjedést a már ágyis inficiált mediastinalis nyirkrendszerben megakadályozni. (Beiträge zur klin. Chirurgie, 36. kötet. II. füzet.) Holzwarth.

Orr-, torok- és gégebetegségeik.

A jobb tüdőből direkt bronchoszkopia segítségével távolított el egy idegen testet Schrötter. Egy harminczöt éves nőnél a három és fél év előtt a jobboldali bronchusba bekerült marhacsont következtében az alsó tüdőlebeny bronchiektasiája fejlődött ki. Habár a baj megtörténte alkalmával sikerült a hatodik légcsőgyűrű magasságában a csontot megtalálni, annak csak egy részletét távolították el, habár a tünetek megszűntéből arra következtettek, hogy az egész csontdarabot kivették. Betegnél ez időtől lassan fokozódó köhögési rohamok léptek fel és olykor bűzös véres-nyelvényes köpetet ürített. Utóbb egy a jobb oldalon lefolyt mellhártyagyulladás is kiállott. 1902 augusztus havában a lelet a következő volt. Reggelenként bő véres és bűzös köpet. A jobb ötödik borda magasságában körülírt tompulat, gyengült légzéssel. Radioskopiánál a jobb alsó tüdőlebenyben mérsékelt elcsúsztatás és ugyanaz oldali rekeszizom gyengült mozgékonyasága észleltetett. A betegnek ekkor a direkt bronchoskopiát végezték, a midőn kiderült, hogy a jobb alsó lebeny hörgőgágában egy duzzadt és vérző nyálkahártyával körülírt fehérés képlet fekszik, a fogsortól huszonkilenc és fél cm.-nyire. Az extractio egy vékony és hosszú fogó segítségével jól sikerült, egy nyolcz mm. vastag csonttöredék került napvilágra. Az egy hét múlva eszközölt vizsgálatnál megállapították, hogy az idegen test az alsó lebeny bronchusának legalsó részletében, annak harmadlagos kétfelé ágazódásának a magasságában feküdt. (Wien. klin. Woch. 1902. november.) Tócsygyi Elemér dr.

Bélgiliszták által okozott fuladási halált észlelt M. Wagner egy nyolcz éves gyermeknél, a kinél már a csecsemőkorból nagyobb számú gilisztát találtak a székletében. A gyermek 8 éves korában egy éjszaka heves orrvizsketésre ébredt, a midőn is a jobb orrüregből egy gilisztát húzott ki, a minék a következtében a következő napon conjunctivitist és heveny rhinitist kapott. A gyulladásos tünetek protargol-kenőcsre két nap alatt megszűntek.

Egy hét elteltével éhgyomorral két gilisztát hányt ki és erre rövid idő múlva eszméletét veszítette, erősen hörgött, légzése hortyogóvá váltott, cyanosis és a végtagok görcsös rángatózása közben két és háromnegyed óra múlva exitált. A sectionál az oesophagus felső részében hét darab 25 cm. hosszú bélférget találtak, a melyek a nyelvcső bemenetét szorosan eldugaszták és az által, hogy a nyelvgyök irányában a géget elfedték, a gyermek megfullását hozták létre. Miután az elzáródás csak részleges volt, a fuladási halál is lassan következett be. (Deutsche med. Wochenschrift. 1902. 49. szám.)

Tócsygyi Elemér dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A gonorrhoea gyógyításáról szóló közleményében Lewin mindekelőtt kifejti, hogy különbséget kell tennünk a gonorrhoea superficialis és a gonorrhoea profunda között. Utóbbinál az endoszkopia segítségével végzett kezelés, továbbá a mechanikai gyógyítás dilatátorokkal vezethet csak eredményre, míg a húgycsőöblítések és kifeeszkendések teljesen hatástalanok. Gonorrhoea superficialis esetében azonban irrigátorral végzett öblítések nagyon jó eredményeket adnak. Leginkább a 1/4—1/20/0-os protargol-oldatot ajánlja, a melylyel, ha az első tünetek jelentkezése után rövid idővel (1—4 nap) kezdjük meg a kezelést, az esetek körülbelül 40/0-ában abortív hatást érünk el. 24 óránként 500 kem. oldatot feeskened be, a mit megelőzőleg 10 kem. 20/0-os eucain-oldatot is injiciál. A 0-20/0-os albargin-oldatot valamivel kevésbé hatásosnak találta, a többi ezüstfehérje-készítmény használatáról pedig néhány kísérlet után teljesen lemondott. Hüvely-gonorrhoea esetében, eleinte felületlen lévén a folyamat, szintén nagyon jó szolgálatokat tehet a protargol, 50/0-os oldatba mártott tamponok alakjában. (Dermatologisches Centralblatt, 1902. 3. szám.)

Thiol használata a női nemi szervek megbetegedéseiben. Koslenko, a moszkvai egyetem magántanára, az utóbbi időben körülbelül 100 esetben használta a thiol, mint a mely a hasonló hatású ichthyollal szemben több előnnyel bír: nem bűzös, a ruhát nem piszkítja és nem rontja, olcsóbb. Tapasztalatai szerint a parauterin kötőszövet és a méhfüggelék megbetegedéseiben kifejezett fájdalomcsillapító és a felszívódást elősegítő hatást mutat a thiol. Jó eredményeket ért el továbbá a méhnyak erósiójánál, nemkülönben az endometrium lobos állapotainál. Az alkalmazás részint 20—50/0-os thiol-oldatba mártott hüvelytamponok, részint egyenként 30 centigramm száraz thiol tartalmú végbélkúpok alakjában történt. Használatba jött továbbá a tiszta folyékony thiol is a forinixok és az endometrium ecsetelésére, továbbá a bőrbe dörzsölés alakjában derivatio czéljából. (Allgem. medic. Central-Zeitung, 1903. 2. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1903. 12. szám. Lécy Lajos: Megjegyzések a tüdőgyulladás kezeléséről. Hajós Lajos: Az agyverkeringési zavarok egy symptomatikus gyógyszeréről.

Orvosok lapja, 1903. 12. szám. Bartsch Gusztáv: A modern phthiseothériáról, különös tekintettel a sanatoriumi kezelésre. Farkas Miksa: Vizgyógyászati élettani hatása az emberi szervezetre.

Magyar orvosok lapja, 1903. 12. szám. Márer József: Észrevételek Barsi „jodoformmérgezésről” szóló cikkéhez.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 12. szám. Réthi: Magas álluregempyemák gyökeres műtéve az orron át. Elbogen: Az egész penis-bőr plastikai pótlása. Melzer: Gyógyításkísérlet enophthalmus congenitus egy esetében. Klein: Megjegyzések az előző cikkre. Behring: A gümőkór leküzdése. Kelling: Az izomphysiologiára vonatkozó physicalis vizsgálatok. Berger: Gelatina mint haemostaticum és használata aneurysmák gyógyítására.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 12. szám. Behring: Az emberből és a marhából származó gümöbaccilusok azonossága és marhák immunizálása gümőkór ellen. Raczyński: Dyspepsia intestinalis acida lactatorum. Steinhaus: A nyirkrendszer gümőkórjának egy sajátos alakja. Blum: Az amyloid elfajulás, különös tekintettel a gümőkórra. Preisch: A syphilis öröklése.

Wiener medicinische Presse, 1903. 12. szám. Behring: A gümőkór leküzdése. Ehrmann: Toxikus és autotoxikus dermatosisek.

Prager medicinische Wochenschrift, 1903. 9. szám. Liebscher: Influenza-bacillusok kanyaróban és vörhenyben.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 12. szám. Strauss: Az emberi epe osmosis-nyomása. Schlossmann: Calorimetria vizsgálatok klinikai jelentősége. Eckstein: Paraffin-befecskendezéssel elért eredmények. Nierenstein és Schiff: A pepsin-meghatározás Mette szerint. Ewald: Megjegyzések az előző cikkre.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 11. szám. Fraenkel: Megjegyzések a porosz járványtörvény-javaslatokra. Troje: Adat az emberi és marhagümőkór azonosságának kérdéséhez. Wassermann és Schütze: A fehérjét praecipitáló serumok fajlagossága. Pröscher: Antistaphylococcus-serum. Boas: Colitis ulcerosa műtéttel meggyógyított esete. Manasse: Bélkirekesztés. Lucae: Légzúhany-készülék fülbetegek számára.

Centralblatt für innere Medizin, 1903. 12. szám. Stejskal: Megjegyzések a heveny fertőző betegségeknél előforduló vérkeringésvizsárvak természetére vonatkozó kísérletes vizsgálatokhoz.

Centralblatt für Chirurgie, 1903. 8. szám. Longard: A retentio testis inguinalis műtéve. Payr: Cavernosus tumorok kezelésének technikája.

Neurologisches Centralblatt, 1903. 4. szám. Heinicke: A hajzat viselkedése elmebajosoknál. Kronthal: A középponti idegsejt biológiája és működése. Baucke: Adat az encephalomyelitis disseminata tanához.

La semaine médicale, 1903. 11. szám. Eredeti közlemény nem tartalmaz.

Journal médical de Bruxelles, 1903. 11. szám. Funck: Az immunitás chemiai elmélete. De Vaucrocy: A glaucomának és a heveny iritis némely alakjának differential-diagnosisa.

Bulletin général de thérapeutique, 145. kötet, 6. füzet. Renault: A nutritio és a secretiók némely jelenségéről. Claret: A natrium hyposulfit gyógyászati használata. Collet: Gelatina-befecskendezéssel megszüntetett visceralis vérzés három esete. Rénon és Géraudel: A methylenkék hatása gümös fekélyekre. Maurer: Viaszkban adott némely gyógyszer csak a bélben lesz szabaddá. Cautru: A phosphorsav ártalmatlan volta. Bardet: A tápszükséglet megállapítása.

The lancet, 1903. I. 11. szám. Mc Adam Eccles: A feregnyújtvány boncz- és kóránára vonatkozó néhány kérdéssel. A. Keith: Az enteroptosis lényege és bonczta. W. Hale White: A glykosuria és a diabetes problémája. C. J. Macalister: A salicylsav használata mint tápszer-praeservativum. Cyril Ogle: Antistreptococcus-serum használata malignus endocarditisben. F. M. Sandwith: A pellagra terjedésének megállítása Egyiptomban. Aldo Castellani: Az álomkór aetiologiája. E. Stanmore Bishop: Méhprolapsus, különös tekintettel egy a ligamenta sacro-uterina reproductioját czélzó műtetre. P. Paterson: Nephrectomia lateralis extraperitonealis bemetszéssel. A. Evans: Átfúró gyomorfekély kimetszése. J. Braithwaite: Szülés közben fejlődött subcutan emphysema. Rees Phillips: Mozgó vese gyermekben.

British medical journal, 1903. február 21. Ch. R. Ball: Végbéladenoma és adenocarcinoma. H. Radcliffe Crocker: A bőrlöbök jellegét megváltoztató körülmények. J. W. Ballantyne: A Bossi-féle dilatator használata eclampsiában. Th. Fisher: Az aortabillentyű rupturája munkabaleset biztosítási szempontból. J. Gray Duncanson: Az adrenalin gyógyértéke. F. V. Milward: Picrinsav használata. A. Turnbull: Manson-féle trocar és canul használata májtályognál. B. Baskett: Antityphoid-serum. C. H. Joy: Hyperpyrexia influenza. A. W. Geoghegan: Arczoedema esete. C. O. Hawthorne: Nystagmus három generatióban. S. Vines: Gonorrhoeás gingivitis. J. Scott: Anus imperforatus. A. B. Storn: Küteg a vulván vaccinatio után. N. R. Phillips: Vesekő össze-függése patkóvesével. W. E. Hudleston: Bonyolult lábtözületi ficzam véres úton való helyreigazítása. L. Fraser: Gyomorfekély-átfúródás műtét után gyógyult esete.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1903. március 27.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 10. hetében (1903. március 8-dikától március 14-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,481, összesen 790,529. Elvezületett 502 gyermek, elhalt 283 egyén, a születések tehát 237-vel multák felül a halálozásokat. — Születések aránya: 1000 lakosra: 34.0. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 20.3, az egy éven felüli lakosságnál: 18.1, az öt éven felüli lakosságnál: 16.9. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 13, gümös agykérlob 8, agyuta 4, rángöröcs 6, terjedő hűdés 11, hátgerinczsorvadás 0, szívbaj 17, hörgőlob 12, tüdőlob 34, hurutos tüdőlob 11, mellhártyalob 1, tüdővész 67, tüdőlégdag 4, bélhurut 5, májbajok 3, hashártyalob 3, kizárt sérv 1, Brightkór 11, veleszületett gyengeség 18, gyermekaszály 0, aggaszály 18, rák 7, méhrák 4, egyéb álképlet 3, gümös bajok 3, kanyaró 3, vörheny 3, ál. gége 2, ronsoló toroklob 5, hökhurut 0, gyermekági láz 0, hagymáz 0, influenza 0, himlő 0, veleszületett bujakór 1, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 1, lépene 0, ebdüh 0, genyver 3, gyilkosság 1, öngyilkosság 8, baleset 4, erőszakos, kétes 0. **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a községi kózházakban. A mult hét végén volt 3289 beteg, szaporodás 939, csökkenés 865, maradt e hét végén 3298 beteg. b) Hevenyrágályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi március 8-dikától március 14-dikéig terjedő 10. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 108 (90), vörheny 54 (44), ál. gége- és ronsoló toroklob 49 (54), hökhurut 28 (16), gyermekági láz 2 (0), hasi hagymáz 0 (5), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 28 (20), vérhas 0 (0), orbáncz 18 (19), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültömirigylob 10 (8), trachoma 8 (11), lépene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

— Szünidei orvosi cursus. A belügyminister meghagyásából Chyzer ministeri tanácsos a belügyi közlönyben közzé teszi, hogy a budapesti tud.-egyetem orvosi karának tanárai f. é. június 2-dikától 16-dikáig szünidei orvosi cursust tartanak. Részletesebb felvilágosítást Tóth István dr. m.-tanár (VIII., József körút 37) nyújt.

| A madridi XIV. orvosi congressus. Társasutazás: A congressus magyar bizottsága értesíti az érdeklődőket arról, hogy a menetjegyirodával együtt rendezett és nagy fáradsággal tervezett társas-kirándulás, mely a Rivierát, Dél-Franciaországot és egész Spanyolországot felölelte volna, szükségképen elmarad, minthogy 95 congressista közül csak 5-6 jelentkezett a társas-útra. Mivel tehát a congressisták a társas-útnak előnyeiben részt nem vesznek, valószínű, hogy az utat kisebb csoportokban óhajtják megtenni. Egy ilyen csoport április 14-dikén indul s nagyjában ugyanazt az utat fogja megtenni, mint a mely a csoportos utazás tervében részletesen le volt írva. Egy másik csoport magánértesülésünk szerint már április hó első napjaiban indul el, hogy hűsvétra Sevilában legyen. Egy harmadik csoport a hűsvétot Velencében fogja már töltetni.

Uti kedvezmények: A kedvezményeket illetőleg kommunikénk kiadása óta fontos változások történtek, a melyeket a következőkben adunk a congressisták tudtára. Mind az olasz, mind a francia vasúttak az 50% kedvezményt akként értelmezik utólag, hogy a kedvezmény csak arra az útirányra érvényes, a melyet a congressista a madridi főtítkárságnál előzetesen bejelent, továbbá hogy az oda- és visszautazás alkalmával ugyanaz az útirány kötelező. A kiszállás egyszer van megengedve 200 km.-ként. A ki tehát az 50% kedvezményt igénybe venni óhajtja, értesítse a magyar bizottság titkárát (Detre László dr. VII., Kertész utca 41.), hogy mely útirányt kíván igénybe venni, a ki ezt a madridi bizottsággal azonnal közli, hogy az olasz és francia legiti-matio mindenkinek kézbesíthető legyen. Természetes, hogy ezen utólagos intézkedés, mely a madridiak nembánomságának eredménye, rendkívül illusoriussá teszi az egész jegykedvezmény értékét, úgy hogy bizonyos, hogy nagyon sokan a jegyirodából fogják beszerezni, legalább is a spanyol határig, a 15-35% kedvezményes szelvényjegyzeteket, a melyek korlátlan kiszállásra jogosítanak.

Lakás: A bizottság felkéri a congressuson résztvevőket, hogy a lakáskérő lapot kitöltve azonnal juttassák a titkár kezéhez, a ki azt Madridba küldi. Értesülésünk szerint napi 18-20 pesetán (7-8 frt) alul jó ellátást remélni nem lehet, miért is a megfelelő rovatba ez az összeg irandó be. A lakás biztosítékáért kívánt 50 frk=48 kor. 50 fill. azonnal beküldendő a titkár kezéhez, a ki ez összeget Madridba továbbítja.

A congressus tagjait tehát kérjük, jelentsék be azonnal:

1. Mikor utaznak?
2. Mely olasz és francia útirányt kívánják igénybe venni?
3. Mikor érkeznek Madridba?
4. Hány napig kívánnak Madridban maradni?
5. A 48 50 koronányi biztosítékot azonnal küldjék be, mert különben lakásra Madridban nem számíthatnak.

A bizottság titkárja Detre László dr. A magyar bizottság elnöke: Pertik Ottó dr. egyetemi tanár.

△ A dermatologusok V. nemzetközi congressusa 1904. szeptember 13-dikától 17-dikéig Berlinben fog ülésezni.

∞ Az Országos Orvos-Szövetség sorsjátékát vezető bizottság végleges határozata szerint a húzás 1903. október 10-dikén lesz. Eddig körülbelül 70,000 egykoronás sorsjegy van aláírva. A vezetőség számítása szerint ezen felül még mintegy 50,000 sorsjegy eladására lehet számítani. Minden levelezést Nékám Lajos dr. címére (IV., Kossuth Lajos-utca 2. sz.) kell küldeni.

+ Kisebb külföldi hírek. A bécsi egyetem hygiene tanszékére unico loco Klügge breslaui tanárt hozták javaslatba. Strümpell erlangeni tanárt Breslauba hívták meg a belklinika igazgatójának. Veit leideni tanárt az erlangeni szülőklinika igazgatójává nevezték ki. Lingelsheim hygienikust Breslauban a tanári cízzel tüntették ki. Bleibtren bonni tanárt Greifswaldba hívták meg a Landois halálával megüresedett élet-tani tanszékére. Wagenhäuser tübingeni rendkívüli tanárt tiszteletbeli rendes tanárrá léptették elő.

|| Nemzetközi pályázat. Charles Clement Walker az öt-öt év alatt megjelent, a rák pathológiáját és therapiáját tárgyaló legjobb munka megjutalmazására alapítványt tett volt. Az alapítvány felett intézkedő Royal College of Surgeons of England közölte, hogy a mostani 5 éves cyculus 1905. december 31-dikén jár le, a 100 fontnyi jutalomra pályázó munkákat pedig 1905. áprilisig be kell küldeni, hogy megbírálásukra elég idő lehessen.

* Az 1864-diki genfi conventio határozatait f. é. szeptember 14-dikén tartandó gyűlésen revideálni akarják. E conventio tudvalevőleg a háborúban megsebesült katonák helyzetén igyekezett javítani. Revisioja azért vált szükségessé, mert 1864 óta a hadviselés lényegesen megváltozott, a mentés, betegápolás stb.-re vonatkozó némely intézkedést is megfelelően módosítani kell.

— „Az ember és a kutya. Védekezés a veszettség ellen“ című füzet ajánlása. Az „Országos Állatvédő Egyesület „Az ember és a kutya“ cím alatt egy kis füzetet adott ki abból a célból, hogy a nagyközönséget a veszettségről tájékoztassa s e baj ellen való védekezésre buzdítsa. A füzet — az országos közegészségi tanács véleménye szerint — helyesen, könnyen érthető, népies modorban adja elő a tudnivalókat és mentül szélesebb körben való terjesztése ajánlatos. A belügyminister ennél fogva felhívja a törvényhatóságokat, hogy a szóban forgó füzet terjesztését saját hatáskörükben is előmozdítsák.

† Elhunyt a paviai egyetem sebész-professora, Bottini.

A perdynaminról Lebbin és Breslauer törvényszéki vegyészek következő véleményét adták: A perdynamin teljesen megemésztetik és felszívódik, úgy pepsin-, mint trypsin-emésztés mellett. A vas, fehérjéhez kötve, haemoglobin alakjában van benne jelen. A fehérjéitől közep-sókkal megszabadított oldatban vas többé nem mutatható ki. A perdynamin nem csupán jóízű, könnyen bevehető vaskészítmény, hanem tápszer is, melynek tápértéke kétszer olyan nagy, mint a tyúktojásé.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.“ Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospectus.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő
Budapestben.

Természetes forró, meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kád-fürdők, gyógy-viz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. Csúsz, kőszvény, ideg-, bőrbajok stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatósága Budán.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapestben, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

KRONDORFI A LEGJOBB
NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Elektromagneses intézet dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában Budapest, Városligeti fasor 13. Elektromagneses erő alkalmazási tere: álmatlanság, izomcsúsz, neuralgiák, ischiás, szívneurosisok, ideges gyomor-, bélbántalmak, migraine, stb. — Orvosi vezetés. — Kezelés egész napon át. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XI. rendes ülés 1903. évi március 21-dikén.) 213. lap. — Közkórházi orvostársulat. (II. bemutató ülés 1903. évi február 4-dikén.) 213. l. — Személyvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 214. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XI. rendes ülés 1903. március 21-dikén.)

Elnök: Reich Miklós. Jegyző: Benedict Henrik.

Elnök az ülést megnyitja. A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Kassai Jenő, Szenes Zsigmond és Friedrich Vilmos tagtársakat.

Meningitises tünetek között végzett csicsnyújtvány-operálás antrum empyema és extraduralis tályog miatt.

Szenes Zsigmond: A 47 éves kádár 1902. május végén a szokásos podromalis tünetek (nátha, influenza) nélkül otitis media suppurrativa acuta sin. tünetek között betegedett meg. A megbetegedés 12-dik napján a dobüreg részéről jelentkezett retentionalis okok miatt a dobhártya meglevő perforációját tágitani kellett, mire az állapot lényegesen bár, de csak rövid időre javult. Két héttel később Donath tanárral együtt látta a beteget, a kinél a néhány nap óta fennálló fejfájás után kábultság, gyakran ismétlődő hányás a dobüreg bántalmának tovaterjedésére engedtek következtetni. Sopor és retardált pulsus. Pupillák fényre renyhén reagálnak, a bal nagyobb, mint a jobb, fénykerülés. Koponya, gerincoszlop sehol sem fájdalmas, a csicsnyújtvány és a tarkó sem. Antrum empyemára csak a profus genyedés utalt, hiányzott a csicsnyújtvány duzzanata és a külső hangvezető szűkülete a hátsó-felső falzat besüppedése folytán.

A beteget szóló 1902. június 20-dikán az izr. kórházban megoperálta. Lágyrészek és a corticalis nem mutattak elváltozást, de ennek felvétele után az osteomyelitis folyamat egész terjedelmében eléje tárult. A cariosus részek eltávolítása közben az antrumból nyomás alatt ürült a geny a tegmen antri útján, a középső koponyaárok megnyitásával a dura szabadon feküdt, hát- és lefelé pedig az osteomyelitis részek eltávolításával a hátsó koponyaárból a dura pulsatorius mozgásai közben innen összesen gyermekkanálnyi geny ürült az extraduralis tályogból. Néhány óra múlva a beteg visszanyerte eszméletét és az egész lefolyás zavartalan volt. Négy hét múlva a beteg, nyitott csicsnyújtvánnyal, elhagyta a kórházat. A nagyfokú destructio miatt a seb $4\frac{1}{2}$ hó múlva zárult csak. A dobüri folyamat a műtét után csakhamar lezajlott, dobhártya lika zárult és ma csak a hallóképesség kisebb foka a beteg volt oldalán és a bal csicsnyújtványon bőrszontheg jelzik a volt folyamatot.

Hernia epigastrica belgyógyászati szempontból 50 eset kapcsán.

Friedrich Vilmos: Hernia epigastrica fogalma alá mindama gyomor, bél, omentum, zsír vagy egyéb tartalmat s bennéket felmutató kitüremkedéseket csoportosítja, melyek a hasfalán a linea alba hosszában jelentkeznek. Rendelkezésére álló s többnyire erős testi munkát végző beteganyagán figyelemmel kísérte a hernia epigastrica előfordulási gyakoriságának eddig nem tisztázott kérdését s úgy találta, hogy 12,744 férfi közt 52 esetben, az esetek 0.48%-ában volt kimutatható szemben az eddig elfogadottnak tekintett Kütner-Bohlaut-féle számmal, azaz 0.6%-kal. 2557 nő közül két esetben azaz 0.08%-ban találta a sérvet, vagyis a férfiakat és nőket együttvéve a hernia epigastrica előfordulási gyakorisága 0.35%. A hernia epigastrica férfiaknál sokkal gyakrabban jelentkezik, mint nőknél. E sérvek legkülönbözőbb korúaknál egyaránt jelentkeznek. Ezzel szemben azt látszanak bizonyítani, hogy általánosságban a linea alba jobb vagy bal oldalán jelentkeznek e sérvek, mégis a középvonalon kívüli elhelyezkedés jóval ritkább és hogy a baloldalon fellépés gyakoribb, mint a jobb oldalán. De akár e számok az irányadók, akár a Liniger által találtak, ki 6000 munkásnál 182 esetben ilyenmű sérvet észlelt, tény az, hogy e sérvek igen gyakran fordulnak elő, minden esetre gyakrabban, mint azt feltételezik. 54 esetének rövid ismertetése után fejtegeti előadók azon sokat vitatott kérdést, hogy miért és miképp jelentkezhetnek a sérvek azon helyeken? Az ilyen lencsényi, néha egész gyermekökölnyi sérvek néha minden kimutatható ok nélkül képződhetnek, de gyakran közvetett előidéző ok a trauma vagy nehéz emelés, vagy erőltetett munka, hátradőltesttartás melletti emelés. E sérvek, melyekről a belgyógyászati könyvek alig tesznek említést, néha tünet nélküliek, a betegek által fel sem ismertettek, így esetei 49.1%-ában semminemű panaszra okot nem szolgáltatottak, míg az ellenkező esetekben a tünetes csoportok különféleségének okozói, úgy hogy gyakran fel nem vagy félreismertettek. E sérvek okozta tünetes csoportok: savanyú felbőfűgés, puffadtság a gyomorban, hányás, gyomorfégés, gyomortáji érzékenység, fájdalom, fejfájás, székszorulás, szédülés. Ritkábban mutatkozó tünet: az evés, járás, törzsön hátrafejtés után fokozódó fájdalom, epekörohamot utánzó görcs, fájdalom járáskor, köhögéskor fokozódó érzékenységet, a jobb mellkas, hólyag, here s végbélbe kisu-gázó fájdalom, hyperaciditás és szívdobogás, ideges depressio. E tünet-csoport miatt a betegség összetéveszthető gyomorfégéssel, gyomorfekélyel, gyomortágulással, gyomor-neurosisal, enteroptosisal, kolikával vagy ideges szívdobogással, hypochondria- vagy hysteriával. Különösen, ha a

beteget meg nem vizsgáljuk vagy ha a beteget előrehajtott testtartásban, álló helyzetben esetleg oldalvizsgálatban evés után nem nézzük meg. A sérvszerű kitüremkedések dacára lehetnek oly esetek is, midőn a differentialis kórisme sok nehézségbe ütközik, sőt volt egy esete, melyben tabes is volt jelen s nem lehetett megállapítani, vajjon a gyomorpanaszok oka a sérv-e vagy a tabes. A számos tünet okát a hashártya idegeiben feltételezett reflexben találja.

A külső vizsgálatból nem állapítható meg, vajjon a sérv tartalma zsíre vagy pedig egész bonczani sérvvel van-e dolgunk. Ez azonban a gyakorlatban nem is a fő, mert a műtéthez minden körülmények közt úgy kell fogni, mintha igazi sérvvel volna dolgunk. Elítéli e sérveknél a sérvkötő vagy gummipelotta használatát, hanem mindazon esetekben, melyekben a baj súlyos, az életet elkeseríti és a munkát gátolja, a műtétet javasolja, mert a műtét után — mindig így tapasztalta — a tünetek elmúltak, és a recidiva igen ritka. Oly sérveket nem operáltat, melyek nagyobb zavarokat nem okoznak, vagy a melyek oly egyéneknek jelentkeznek, kiknek nyugodt és nem erőltető testi foglalkozásuk van.

Közkórházi orvostársulat.

(II. bemutató ülés 1903. február 4-dikén.)

Elnök: Hirschler Ágoston. Jegyző: Juba Adolf.

(Vége.)

Minich Károly: Két szempont kiemelése végett szólal fel. Egyik a gyógyulási tartamra vonatkozik. Látjuk, milyen súlyos laesiókat szenvedhet el valaki és mégis hamar meggyógyul utána az illő ellátás folytán. Fontos ez, ha valakit felelősségre vonnak a sérülésért és tényleg igazságtalan az a törvény, mely a gyógytartamot veszi figyelembe a sérülés minősítésénél. Mert mi következik ebből? Hogy Budapesten, ahol a mentők és a kórházak közelléte által a sérülések legideálisabban kezeltetnek, aránylag megrövidül a gyógytartam azokhoz a sérülésekhez képest, melyeket valaki vidéken szenved el.

Igy Budapesten egy súlyos mellüri sérülés 8 nap alatt gyógyulhat, míg vidéken kisebb sérülés tovább eltart. Ezen igazságtalanságot nem szüntethetjük meg, de legalább egyenrangúvá teszszük, hogy ilyen sérüléseket életveszélyeseknek jelentünk ki és felhívjuk rá a törvényszék figyelmét. Külföldön a sérülés időtartamát nem veszik figyelembe, hanem a sérülés minőségét teszik bírálat tárgyává.

Másik megjegyzése a gyors gyógyulási időre vonatkozik. Fontos, mely bélrészletet ért a sérülés, mert a bakteriumflóra a duodenumtól a vastagbél felé fokozatosan dúsabb lesz és így a mélyebb bélrészleteket ért sérülések veszélyesebbek. Az élet néha szeszélyes. Így egy cigányt lőttek meg rablás közben vidéken. Ő feljött Budapestre, de az indóházban összeesett. A Rókus-kórházban feküdt 2 napig, meghalt és boncoláskor az S. romanum és a végbél hatszorosan át volt likasztva. Nem kell, hogy a sebzés perforáló legyen, elég, ha repedt a bél és ekkor az izomrétegben körkörös, a nyákhártyában hosszirányú a repedés és ekkor ezek fedhetik egymást.

Ki akarja emelni a bemutató kiváló ügyességét és gyakorlottságát, mely nem elégedett meg az elülső sérülések ellátásával, hanem a retroperitonealis sérüléseket is kereste, melyek pedig gyakran halálosak, bár az elülső sérülések jól el vannak látva. Erre már számos esetben látott példát.

Chlorsavas kalium-mérgezés esetei.

Minich Károly: Az accidentalis és kriminalis mérgezés diagnózisát a betegágnál rendkívül nehéz és pedig Brouardel szerint az okból, mert a gyakorló orvosok figyelme nincs eléggé a mérgezőkre irányítva. Számos példa illusztrálja ezt. Ez okból tanulságos a chlorsavas kalium-mérgezés két esete is. Az egyiket 1898 február havában észlelte. Egy rendőrségi hivataloszolga, a kinek orvosa évek előtt karlsbadi sőt rendelt, az újra jelentkező emésztési zavarok miatt a 200.0 gm. mesterséges karlsbadi sóról szóló receptjét újból megcsináltatta. Másnap reggel 6 óra tájban ezen sóból a szokásos módon 3 kávékanálnyit vett be; azután a hivatalos helyiségek takarításához fogott, de röviddel ezután gyomorgörese és hasmenése támadt, a melyek miatt sükségre akart menni; de útközben összerogyott. A rendőrorvos 8—9 óra tájban vizsgálta meg, beveny gyomorbélhurutot constatalt és miután arról értesült, hogy karlsbadi só bevétele után kezdődtek panaszai, a felmutatott karlsbadi sőt meg is kóstolta, de feltűnő rajta nem észlelt. A betegnek, ki ekkor már ismételt hánytt, meleg orosz teát és meleg borogatást ajánlott. Az állapot a délelőtti folyamán nem változott, legalább a rendőrorvos délelőtti 11 órakor, a mikor újból megnézte a beteget, semmiféle javulást nem látott.

Délután 2 órakor a beteg állapota annyira súlyosbodott — felesége kimondása szerint körmei elkékültek és testén szederjes foltok léptek fel —, hogy a környezet újból orvosi segítséget vett igénybe. Az előhívott Feldmann Izidor dr. délután 3 órakor a beteget már eszméletlen állapotban találta, ekkor a pulsus alig volt tapintható, álta-

lános cyanosis mutatkozott. Egy aetherinjectio alkalmazása után a pulsus némileg megjavult és az orvos látva ennek eredményét, só-infusio végzésére határozta el magát, miért is a szükséges eszközök beszerzésére lakására távozott. Visszajövetelkor délután 5 óra tájban a beteg már elhalt.

A megejtett rendőrségi boncolatnál a vér csokoládészinű elváltozása, véres vizelet és egyébként halálokra negatív lelet volt kimutatható, a vérben spectroscopikus vizsgálattal methaemoglobin találtatván, a halál chlorsavas kalium-mérgezésnek tulajdonított. Ezt a vegyi vizsgálat is igazolta, a mennyiben a 130 gm. vizeletben 0.288 gm. chlorsavas kaliumot mutatott ki.

A nyomozat során megállapított, hogy a gyógyszerész tévedésből karlsbadi só helyett chlorsavas kaliumot szolgáltatott ki és hogy a gyógyszerből 38.806 gm. hiányzik. Ezek szerint az elfogyasztott mennyiség ennyire becsülhető.

A másik esetet a f. év elején észlelte. 18 éves, erőteljes asszony, a ki férjétől elváltan anyjával él, mult év Sylvester estjén betegedett meg, anyjának álitása szerint a vacsoránál gyomrát megterhelte, éjjel nyugtalan volt, többször hányt is. Állapota fokozatosan rosszabbodott annyira, hogy a f. é. január 1-jén előhívott orvos a beteget már rendkívül súlyos állapotban találta. Kocsis Alajos dr. későn délután látta a beteget teljesen kimerült állapotban. Az arc cyanotikus színe, duzzadt nyaki edények, szapora, gyenge pulsus és szívműködés, hideg végtagok, valamint a hozzátársuló hányás és hasmenés, nagy szomjúság és gyengeség az orvosban a mérgezés gyanúját ébresztették fel.

A beteget kórházba utasította, miután előzőleg ismételt tudakozódás daczára sem volt képes tőle a mérgezésre valamely ammoniakus adatot nyerni; sem romlott kolbászt, sem gombát előzőleg nem fogyasztott. A szent János-kórházban a beteg már eszméletlen állapotban volt. Felvételkor a sötét-barna csokoládészinű vizeletben alakelem nem volt, a vérfesténypórá azonnal pozitív volt. Általános elesettség, kifejezett cyanosis, dyspnoé, hűvös végtagok, csekély icterus, duzzadt arc, a bőr sajátságos, piszkos-szürke színe voltak az észlelhető jelenségek. Hőmérsék 37—38.1°.

Február 2-dikán reggel 7 órakor beállott az exitus.

Boncolatnál a vér csokoládészinű, barnás, igen lazán alvadékos, a szívet és ereket úgyiszlóan injectio módjára kitölti; ez utóbbi különösen az agyon tűnt szembe, a hol a fehér alapon a vér barnás elváltozása nagyon kifejezetten mutatkozott. Különösen a hasüri szervek igen bővéretek, a lép kissé megduzzadt, a vesék vöröses-barna alapon pontszerű barna foltokat és vékony pettyeket mutatnak; a vizelet vöröses-barna, apró, feketés-barna törmelékeket tartalmaz; a vérsavó a boncolat után közvetlenül mindenütt vöröses-barnán vérfestékesnek bizonyul és spectroscopikus vizsgálatnál methaemoglobinnak megfelelő elnyelési csíkot mutat; az inhártyán kifejezett icterikus színeződés. A gyomor-bélhuzam üres, nyálkahártyáján számbavehető elváltozás nincsen, sem a vérnek, sem a belső szerveknek valamelyes különleges baja nincsen.

A talált lelet ugyancsak chlorsavas kalium-mérgezésre utal, mert a többi methaemoglobinaemiát okozó mérgek jórészt kizárhatók. Ide tartozik ugyanis a pyrogallussav, a mirbanolaj, nitroglycerin, anilin, valamint egyes (phallin- és helvellasavat tartalmazó) gombafajok. Ezeknek azonban egyike sem szerepelhetett, mert azokra utaló jelenségek egyáltalán nem találtattak. Kizárás útján megállapítható, hogy a mérgezés chlorsavas kaliummal történt. A mérgezés módját a megindított nyomozás lesz hivatva kideríteni.

A két eset vizsgálatából kiderül, hogy a chlorsavas kalium mérgező hatása embernél főleg abban nyilvánul, hogy methaemoglobinaemiát, haemoglobinaemiát okoz; e közben a vörös vérszálakra is behat és részint mint vérmérget a vér lélegző működésének megakasztása útján, részint a vesecsatárnácskák eltömészelése folytán válik a szervezetre életveszélyessé.

Thrombosis a chlorsavas kalium-mérgezésnél olyan értelemben, mint azt Stokvis állítja, legalább embernél nem szerepel. Az egész heveny esetekben a halál közvetlenül oka tehát fuladás, míg az elhúzódó esetekben a vér elváltozásán felül a vesék megbetegedése szerepel első sorban.

Körmöczy Emil: A vért friss készítményen és festve vizsgálta meg és a következőket találta: A friss készítményen feltűnt, hogy egyes különálló vörös vérszálak mellett némely helyeken a vérszálak csoportba voltak verődve — agglutinálódva, a pénztekercsszerű elrendeződésnek azonban semmi nyoma nem volt. A vörös vérszálak haemoglobintartalma általában megfigyelt, sőt egyes teljesen kilúgozott vörös vérszálakat is lehetett látni, melyek némelyikében erősen fénytörő képletek voltak. Az is meg volt állapítható, hogy a fehér vérszálak számban megszorodtak. A festett készítményen előforduló rendelleneségek legjobban a hővel fixált és triacid festékekkel festett készítményen tanulmányozhatók, azért ilyen készítményt göreső alatt is bemutat.

A vörös vérszálak határai elmosódottak és sok mikrocytát lehet látni. Legfeltűnőbb egyes, teljesen kilúgozott vörös vérszálak jelenléte, melyek plasmájában 2—4 apró, a vörös színt erősen felvevő részecskék vannak. Ezek azon képletek, melyeket Ponfick mint „Schatten“-eket régen leírt, a bennök látható részecskék pedig azok, melyeket Ehrlich után „haemoglobinsche Innkörper“-eknek nevezünk. A vérszálak közti tér pedig, melyet rendszeren nem a festődő serum tölt ki, jelen esetben gyengén rózsaszínűvé festődik, nyilván azért, mert kilúgozott haemoglobint tartalmaz.

Látható ezenkívül sok magvas vörös vérszál — normoklast — is. A megszorodott fehér vérszálak közt úgy látszik legtöbb a polynuclearis sejt. Ezek contourjai is elmosódottak, szélük ki van

rojtosodva. Az egymagvú lymphocyták plasmája pedig csak itt-ott látható.

Felmerül már most a kérdés, hogy ezen leírt jelenségeket mennyiben vezessük vissza valamely vérmérget behatására és mennyiben tartjuk azokat postmortalis jelenségnek? A hulla vérében tudvalevőleg, különösen, ha rothadásban van, szintén kilúgozódik a haemoglobin és vörös vérszálak szétesésnek indulnak. Am, bár ő többször vizsgált már rothadásnak induló vért, melyben bakteriumok is voltak, ezeket a Ponfick-féle kilúgozott sejteket és azokat a savanyú vörös festéket erősen magukhoz ragadó képleteket soha sem látta. A magvas vörös vérszálakról ugyan tudjuk, hogy azok hulla vérében néha olyankor is előfordulnak, midőn élőben nem találtuk, például néha anaemiánál; a fehér vérszálak pedig az agoniában nagyobb mérvben özönlének a vérbe: mégis ezen tüneteket is hajlandó a mérget által előidézeteknek tartani, mert ilyen tünetek a vérmérgezésnek jól megészlelt eseteiben már többször leírtak. Igaz ugyan, hogy némelyek, mint például Heinz, mint azt előadók említette, kali chloricum behatásánál nem találtak a vérszálakban morfológiai elváltozásokat, de ez onnan származhatott, hogy kísérleteiket nyulakon és békákon végezték. Azok, kik embernél írtak le kali chloricum-mérgezést (Rieder, Jacob, Grawitz), azok rendszeren megtalálták ezen elváltozásokat. Sokan nem találtak semmi eltérést. Ennek oka részint az lehet, mert nehéz azokat megtalálni, különösen a festett készítményen, a friss készítményben könnyebb meglesni, különösen, ha a vért 6/100 konyhasó oldattal hígítjuk, melyben egy csepp methylibolyát feloldottunk. Másik ok, hogy hamar eltűnnek ezen jelenségek. Jassniger tavaly bemutatott mirbanolaj mérgezés esetében csak egy napig voltak ilyen morfológiai változások észlelhetők, azután eltűntek. Ha tehát a beteget másnap vizsgáljuk, azt mondhattuk volna, hogy a mirbanolaj sem hoz létre elváltozásokat. Mindezeket összefoglalva, a leírt elváltozásokat ő a vérmérget hatásának tulajdonítja; még pedig a vörös vérszálak elváltozásait degenerációs tünetnek tartja. A magvas vörös vérszálak és leukocytositis pedig azt jelentik, hogy a széteső vérszálak pótlására a csontvelő mint vérképző szerv fokozottabb működést iparkodott kifejteni.

Rózsavölgyi Mór: Kézi eladásban adják a chlorkalit és az egyleti orvosok porban rendelik gargarismának és mégis feltűnt, hogy milyen kevés a mérgezés. És a mi mérgezés történik, az nem gyógyszeres, hanem accidentalis. Kali chloricum-mérgezést Hoffmann tanárnál látott, a mikor 80 gm. okozott halált. Praxisában valaki 250 gm.-ot rendelt poralakban gargarismának és a beteg sokkal hamarabb használta el, mint az orvos előírta. A piszkos-szürke bőrszíneződést megtalálta, de csakhamar javult.

Matócsy: A mérgezés diagnosisa tényleg igen nehéz. A Minich praxisában fordult elő, hogy betegnek tinct. malatis ferri-t rendelt és az rosszul lett tőle, maga Minich is vett belőle és szintén rosszul lett. Magával vitte a gyógyszert és 20 cm³ extractumában nem talált semmit; elment a patikába, ott a provisor felesége is rosszul lett a tinct. malatis ferri-től; nehogy bűnül legyen, rögtön megsemmisítették az egész készletet. Nem nyugodott meg és extr. malatis ferri-t vett és ebből ki tudta mutatni az atropint, mert az extr. belladonnae-val volt keverve. A drogista ugyanis ugyanazon kanállal rakta be a tartályba az extr. belladonna-t és az extr. malatis ferri-t, és így került ebbe a belladonna. A kali chloricumra is van tapasztalat: Gyermek lenyelte a gargarismát, rosszul lett, de másnapra javult. Nem tartja lázas betegnekél sem gargarismára alkalmaznak a chlorkalit, mert lázban a vér alkalicitása eszikken és a chlorkali felszívódik. Ezért lehetőleg ne rendeljük, legfeljebb solutióban. A chlorkalit csak receptre lehet kiadni; ha kézi eladásban kéri, bórsavat vagy natrium boricumot ad a gyógyszerész. Ez az usus.

Fejér Gyula: Egy orvosnál teljes alkalmazkodási bémulás lépett fel; kiderült, hogy extr. belladonnae 0.10, natr. bicarb., bismuthi subnit. az 1000-por keverékből késhegyigyl szedte a gyógyszert. Valószínűleg nem dörzsölte jól szét a gyógyszerész és így maradt a belladonna egy csomóban. Másik esete egy beteg, ki azelőtt jól látott és egyszerre hirtelen megvakult, még fényérzése sem volt. Gyomorfejkély miatt bismuth. subnit. 5.0, extr. belladonnae 0.60 mfp. XX. porokat, s mert háromszor csináltatta meg, 1.8 extr. belladonnae-t szedett. Ez okozta a megvakulást. Három nap múlva visszatért látása.

Habermann J. Pál: Billroth klinikáján itta meg egy beteg a chlorkali-gargarismát. Meghalt. Billroth közölte az esetet és őva intett a chlorsavas kali rendelésétől.

Minich Károly: Néha per exclusionem lehet a diagnosist megcsinálni. Rózsavölgyinek igaza van, hogy nem medicinalis, hanem accidentalis leg többször a chlorkali-mérgezés.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A gümöbacillus kimutatásának új módját ismertette Jousset a párisi „Société médicale des hopitaux“ január 9-dikén tartott ülésén. Ezen módszerrel könnyen megállapítható különböző folyadékgyülemek gümököros természetű. A módszer lényege a következő: a rostonyás coagulomot mesterséges gyomornedvben oldja és azután centrifugálja. Sero-fibrinosus mellhártya-izsadmány 20 esetében mindig talált gümöbacillusokat, úgyiszlóan peritonealis folyadékgyülem hat esetében is. Miliaris gümökök két esetében szintén pozitív volt a vér vizsgálatának eredménye.

A lép és az endocardium elsődleges gümökökja. A „Société médicale des hopitaux“ február hó 13-dikán tartott ülésén Ferrand a saját és Rathery nevében egy betegről származó kórbonczatani készit-

ményeket mutatott be. Az illető nőbetegnél előben a máj és a lép megnagyobbodását, azután a kéthegyű billentyű megbetegedéseire utaló tüneteket találták, láz nélkül; a beteg nagymérvű cachexiában pusztult el. Boncsoláskor a lép elsődleges gümőkórját találták: valószínűleg a lépben keletkezett sajtos-necrotikus góczokból indult ki a mikroszkopi vizsgálatkor gümőkórosnak bizonyult endocarditis vegetans. A tüdők teljesen egészségesek voltak, ez az eset volna tehát bemutatás szerint az első, melyben endocarditis tuberculosa tüdőbeli gümőkóros elváltozások nélkül volt jelen.

Disznóvese-maceratio uraemia ellen. A párisi „Société de biologie” március havi egyik ülésén Dubois egy 69 éves beteg kórtörténetét ismertette. Az illetőnél megfázás után hirtelen nagyfokú albuminuria jelentkezett, mely minden kezeléssel dacolt és súlyos uraemiás rohamokhoz vezetett. A menthetetlennek gondolt betegnél ekkor kísérletet tett disznóvese-maceratioval (finoman szétmorzsolva 2–3 friss disznóvese 2 órási maceratum 750 köbcentiméter vízzel, a nap folyamán négyszerre elfogyasztandó), és ezt körülbelül 10 napon át folytatva, tetemes javulást ért el. A hatásmódot olyanformán magyarázza, hogy a vesében normális állapotban egy antitoxin foglaltatik; ha a vese működése zavart, ekkor ez az antitoxin, melynek feladata a vérben jelenlévő, az anyagcsereből származó némely mérgek tönkretovése, nem képződik elegendő mennyiségben. Ilyenkor valamely állapot veséjét adván az illetőnek, ezzel a kérdéses antitoxint visszzük be szervezetébe s így pótoljuk a hiányosan termelt antitoxint.

PÁLYÁZATOK.

1400/903. szám.

Az elhalálozás folytán megüresedett mohorai körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A körhöz Mohora (vasúti állomás), Nándor, Marczal, Csitar, Illy, Bakó, Surány, Haláp, Herencsény, Szanda és Terény községek tartoznak 8000 főnyomóan magyarajkú lakossal.

A körorvos fizetése utólagos havi részletekben az állampénztárnál felveendő évi 1200 korona, mely két ötdéves 100–100 koronás korpótlékkal 1400 koronáig emelkedik; ennek ellenében a községeket saját fuvarján havonként egyszer, előre kifizető napon be kell utazni és az igazolt szegényeket ingyen gyógykezelní.

A megválasztott körorvos kézi gyógytárgyrendélyt nyerhet.

A körorvos díjai a következők:

1. Lakhelyén: ha a beteg jön az orvoshoz 60 fillér, ha az orvos megy a beteghez 1 korona.

2. A községekben 3 korona; minden további jelentkező betegről, körjáratkor minden betegről az 1. alatti díjak.

Éjjel az 1. és 2. alatti díjak kétszerese.

3. Műtékekért ezenfelül a 95038/1900. számú belügyministeri rendeletben a IV. fokozaton megállapított díjak egyharmada 1–10 koronáig terjedő összegben.

4. Mohorán a halottkémlésért esetenként 1 korona, a vágatási biztosi teendőikért a szabályrendelet díjak.

Kellően felszerelt kérvényeket f. évi április hó 18-ikáig fogadok el.

A választást f. évi április 21-ikén délelőtt 10 órakor Mohorán a jegyzői irodában fogom megjelteni.

Az állást f. évi május hó 1-sején kell elfoglalni.

Balassa-Gyarmat, 1903. évi március hó 23-ikán.

2—1

Balds Barna, főszolgabíró.

Üresedésben levő állások.

Lejárát	Állás	Hely	Fizetés	Czím
márc. 31.	fűdőorv.	Stubnya-fűdő	1000 k. és lakás	Palkovics Emil polgármester, Körmöczbánya
ápr. 1.	nőoszt.főo.	Erzsébet-kórh.	1000 k. és lakás	Babarezi Schwartz O. udv. tan., Budapest.
" 3.	közs. orv.	Nagykovácsi	1400 k., 240 k. lakbér	Csapó főszbíró, Pomáz.
" 4.	körorvos	Johócz	1200 k.	Hatfalu főszolgabíró, Taraczköz.
" 7.	bányaorv.	Rézbánya	1600 k., lak., gyógytár.	Bányaigazgatóság.
" 15.	fehér ker. egy. s. o.	Temesvár	1000 k., lakás, élelm.	Taufner főorvos, Temesvár.
" 15.	kórh. főo.	Nyitra	2000 k., 500 k. fuvardíj.	Markhot alispán, Nyitra.
" 15.	másodorv	Nagykálló	1200 k., 400 k. helyi pótlék, lakás, élelm.	Borosnyói Béla igazgató.
máj. 8.	bányaorv.	Mizserfa	2800 k.	Bányagondnokság, u. p. Kis-Terenne.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator

kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és kösvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperj. szm.

A Hoffmann-féle Suppositoria glycerini cum aloino et jalapina.

Enyhe, biztos hatású purgans.

Összetételük a következő: Glycerin 5, Aloin 0.50, Jalapin 0.05 gr.

A székesfővárosi jobbpárti szegényházban végzett kísérletek szerint a **glycerin-aloin-jalapin-kúpok** minden tekintetben kielégítő eredményt adnak. — A bére igazolag nem hatnak, kellemtelen mellékhatásuk nincs. (Lásd Magyar Orvosok Lapja 1902. 50. szám.)

Egy doboz ára 1 korona.

Készítőjük: **HOFFMANN BÉLA** gyógyszerész, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 21. szám.

— Kapható minden gyógytárban. —

— Minták és irodalom a t. orvos uraknak kívánatra ingyen. —

Schering-féle Urotropin

leghatásosabb húgyantiseptikum. Typhusprophylaktikum. Bevált szer húgysavas senyvénél.

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering) BERLIN N.

Haemogen-tablettae sec. Szüsz

és annak kombinációi orvosok által elismerten kitűnőnek bizonyult és könnyen felszívódó vaskészítmények:

„Haemogen-tablettae sec. Szüsz”

anaemia, chlorosis, cachexia stb. és az ezekkel összefüggő bántalmak ellen.

„Haemogen-tablettae c. Arseno sec. Szüsz”

neurasthenia, chorea, hysteria, malaria, eczema stb. ellen.

„Haemogen-tablettae c. Natr. bromato sec. Szüsz”

hysterikus és epileptikus görcsöknél, ideggyeng ség és minden ideges tünet eseteiben.

„Haemogen-tablettae c. Chinin sec. Szüsz”

(vas-, fehérnyé-, pepton-, chinin- és quassin-tartalommal) étvágytalanságnál, (mésztési zavaroknál és általános erőtlenségnél, mint étvágyjavító, emésztést előmozdító, erősítő és szorgító szer.

Mindezen speciális indikációknak megfelelő összetételekben: de folyadék alakjában kaphatók:

„Essentia ferri albuminati sec. Szüsz.”

„Essentia ferri albuminati c. Arseno sec. Szüsz.”

„Essentia ferri albuminati c. Phosphoro sec. Szüsz.”

„Essentia ferri albuminati peptonati sec. Szüsz.”

Beszerezhető minden gyógyszerárban.

Minden készítménynél „sec. Szüsz” névre kériük ügyelni. — Mintaküldeménynyel

kívánatra bármikor díjmentesen szívesen szolgál

Szüsz István gyógyszerész, Budapest, VII., Csömöri-út 28.

Telephonszám 61—67.

Xeroform

A jodoform jó és olcsó pótszere.

Használatnál szagtalan, méregtelen, még nagyobb adagok belső használatánál is, mint belantisepticum. Fájdalom- és vérzésesillapító, nem izgat, nem okoz izzagot. Szagtalanítja az eves váladékokat, kitűnően szárít és gyorsan csökkenti a genykepződést. Kitűnően szárít és felhám képzésében felülmulthatatlan. **Specifikus hatást gyakorol ulcus cruris és nedvező eczemáknál** (intertrigo stb.). **Bruns-féle Xeroform-kenőcs!**

(4 OH)

Minták és irodalmi közlemények költségmentesen:

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

ORVOSI HETILAP.

Szerkesztőség:

IX., Üllői-út 21. sz.

Megjelenik minden vasárnap
2 1/2—3 1/2 íven. Mellékletei 1—3
íven: Szemészet Schülek Vil-
mos c. tnr. szerkesztésében 4
szám. Gyermekgyógyászat
Bókay János c. tnr. szerkeszté-
sében 4 szám. Gynaecologia
Temesváry Keszö és Tóth Ist-
ván m.-tnr. szerkesztésében 4
szám. Tudományos mellék-
letek.

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS dr. 1857-ben.

SZERKESZTI ES KIADJA: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ SZÉKELY ÁGOSTON DR., EGYET. M. TANÁR.

Küldemények és előfizetések czíme: Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhiv. Bpest, IX., Üllői-út 21.

Hirdetések kizárólagos felvétele: PETŐFI KIADÓVÁLLALAT (Bpest, III., Zsigmond-u. 70).

Kiadóhivatal:

IX., Üllői-út 21. sz.

Előfizetési árak:

helyben és vidéken
egész évre... 20 kor.
fél évre... 10 "
negyed évre... 5 "
külföldre
egész évre... 24 kor.
fél évre... 12 "
Orvostanhallgatók felét és a
portót fizetik.

Felhívás előfizetésre! Az Orvosi Hetilap kiadóhivatala tisztelettel kéri azon előfizetőket, kiknek előfizetésük márczius végével lejárt, előfizetésük mihamarább való megújítására, hogy a lap tovább küldésében zavarok ne támadjanak.

Az előfizetés ára: egész évre 20 korona, fél évre 10 korona, negyed évre 5 korona.

Nagy mérvben
vérképző,
erősítő és
tápláló-
szer.

PURO
HUSNEDV

Tartalmaz 33%
hús-
fehérnyét.

Ára:
kor. 3.20
frt 1.60.

PURO gyógyszer-vegyészeti intézet.
Dr. SCHOLL H. Thalkirchen-München.
Képviselet Ausztria és Magyarország részére:
GRÖTZINGER KÁROLY, Wien, VI., Dürergasse 13. Telefon 538.

Catillon-féle Granulák STROPHANTUS

TITRÁLT KIVONATÁBÓL 1 MILLIGR.-OT TARTALMAZ.

Ezen granulákkal végeztek azon kísérleteket, a melyek eredményeit az orvosi akadémián 1889-ben ismertették. E kísérletek kimutatták, hogy 2—4 szem e szerből gyors diuresist létesít, a szívgyengeséget megszünteti, gyöngítvén vagy csökkentvén az Asystoliát — Mitral-bajok — dyspnoet, mellszorongatás érzését, oedémákat, angina pectorist és a gyermekek szívhibáit.

Gyors hatás, ártalmatlan, sem kellemetlenséget, sem edényösszehúzódást nem okoz.

Catillon-féle Granulák STROPHANTINE

a 1/10 milligr.

kristályok

NEM DIURETIKUS HATÁSÚ SZÍVERŐSÍTŐ.

Bizonyos strophantus-készítmények gyenge hatásúak, mások mérgezők, a tincturák megbízhatatlanok; kivételt képeznek

a Catillon-féle granulák, Páris 3, Boul. St.-Martin.

Arany-érem az 1900-diki párisi kiállításon.

Főképviselet Ausztria-Magyarország részére: Dr. Bloch, Basel (Svájc).

Budapest: Török József.

PERDYNAMIN

állati vasas-fehérnye.

Olcsó, ízletes, jól szedhető, étvágygerjesztő.

Orvosok által melegen ajánlva:

Sápkórság, phthisis, vérszegénység és lábadozás alatt.

Kapható a gyógyszertárakban. 1—2 evőkanálal 2—4-szer naponta.

H. BARKOWSKI, Berlin O. 27., Alexanderstrasse 22a.

Mintákat és irodalmat ingyen és bérmentve küld a vezérképviselőség:
Chem.-diätet. Laborat. Camillo Raupenstrauch, volt gyógyszerész, Wien, II.,
Castellgasse 25.

Dr. PÁPAY VILMOS-féle

oltóintézet

Budapest, Teréz-körút 31. sz.

Kitűnő minőségű és mérsékelt árú

diphtheria-serum elárúsítása.

TELEFON. * Ugyanott: KEFIR-INTÉZET. * TELEFON.

Vezető orvos: Dr. SZÉKELY ÁDÁM.

Szállít lovos reactiótól ment, biztos fogamzása

himlőnyirkot

alábbi mérsékelt árakon:

1 phiola	2—3 egyénre	1 kor.	— fill.
5 vagy több phiola	2—3 "	—	80 "
1 phiola	10 egyénre	—	60 "
1 "	20 "	—	40 "
1—2 phiola	összesen 50 egyénre	—	4 "
1—5 "	100 "	—	8 "

Vidékre csomagolás és postabér ajánlva 60 fillér,
nem ajánlva 40 fillér.

RICHTER GEDEON gyógyszer-készítményei
Budapest, IX., Üllői-út 105.

Secithin Richter.

Friss tojássárgájából előállított természetes glycerophosphat. (4% szervesen kötött phosphor.) Indicatiók: **Neurasthenia**, vérszegénység, marasmus, diabetes, scrophulosis, **tuberculosis**, angolkór stb. **A testsúlyt rohamosan növeli.**
Adagja: Naponta 3 x 1—4 tablettát.

5 ctgr.-os tabletták üvege 5 korona. — 2 1/2 ctgr.-os tabletták üvege 4 korona.

Ol. Jecoris Aselli c. Secithino sec. Richter.

Kitűnő hatású **görvélyes**, rhachitikus gyermekeknek. Napi adag: 3-6 kávéskanál.

Üvege 3 korona.

Tonogen Suprarenale Richter.

Solut. 1:1000.

A mellékvese vérzésleállító, vértelenítő, lobellenes, nyomást fokozó **hatóanyaga**. Nélkülözhetetlen a szem-, orr-, gége-, fülgyógyászatban, az urológiában, fogászatban stb. és szívgyengeségnél.

Egy üveg ára 5 korona.

Tablettae Ovarii Richter.

A havi vérzés rendellenességei, **chlorosis**, klimakteriás zavarok, hysteria stb. ellen bevált gyógyszer.

Tablettae Thyreoidae Richter.

Elhízás, golyva, Basedow-kór, testi és szellemi fejlődési visszamaradottság, myxoedema, cretinismus fajlagos gyógyszere.

Sideralbumin Richter

kitűnő vasfehérje-oldat, a vérvérvést előmozdítja.

Sideralbumin arsenicos.

Richter vasfehérjén kívül 1% Solutio arsenical. Fowler-tartalommal. Chlorosis, váltóláz ellen és a szervezet ellenálló képességének fokozására szolgáló vasarsenat.

Sideralbumin phosphoricum

Richter 0.005% phosphor-tartalommal.

1 üveg ára 1 korona 50 fillér.

Főraktárak: Richter G., Sas-gyógyt., Üllői-út 105. Török J., gyógyt., Király-u. 12. Dr. Egger, gyógyt., Váci-körút 17.

— Kapható minden gyógyszerárban. — Kiváratra irodalom. —

Mélyen tisztelt Orvos Úr!

Engedje meg, kérem, hogy becses figyelmét felhívjam egy általam összeállított készítményre, a **Liquor thiocoli comp.-ra**. E készítményem megfelel a Phthiseotheraia követelményeinek, a benne foglalt hatóanyagok segítségével, mint a vele eddig folytatott **kórházi és klinikai kísérletek bizonyítják**, igen kedvezően befolyásolja a phthisikusoknak táplálkozását és anyagcseréjét s így tökéletesen pótolja, némely tekintetben felülmúlja a hasonló külföldi készítményeket.

A Liquor thiocoli comp. sec. Eibach,

melynek fő hatóanyaga a thiocol (kali quajacol sulfonic) kombinálva igen hatásos stomachicumokkal, különösen ajánlható: **A légzőszervek megbetegedéseinek**, idült hörghurut, emphisemánál, influenza, kanyaró, számarhurut stb. után visszamaradt makacs hurutoknál, a **tüdőgyulladások** minden alakjánál, mint specificum.

Adagolása: felnőtteknek naponta 3 kis evőkanállal, gyermekeknek 3 kávéskanállal, evés előtt veendő.

Ára üvegenként 2 kor. 50 fillér.

Mindezek alapján vagyok bátor kérni igen tisztelt Orvos urat, legyen kegyes a **Liquor thiocoli comp.-al** kísérletet tenni és kedvező eredmény esetén becses gyakorlatában alkalmazni.

Kiváló tisztelettel

Eibach Ödön,

gyógyszerész,
VI., Andrassy-út 55.



és annak combinatioi

orvosi körökben mindinkább elismerésben részesülnek.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Kreosot. 0.05 és 0.10.

Javallatok: Phthisis incipiens, scrophulosis.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Chinin. mur. 0.05.

Javallatok: Excessusok után beálló gyengeségi állapotok és bizonyos fertőző betegségek után.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Guajacol. carbon. 0.05 és 0.10.

Javallatok: Phthisis pulmon., infiltrációk, scrophulosis.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Jod. pur. 0.004.

Javallatok: Vomitus gravidarum, scrophulosis, chlorosis, elhízásodás folytán jelentkező vérszegénység.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Extr. Rhei 0.05.

Javallatok: Az emésztő tractus atoniája.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum acid. arsenicos. 0.0006.

Javallatok: Chronikus malar'a és neurasthenia, chorea, neuralgia, migrén, psoriasis, régi eczema, diabetes, lymphoma malignum, leukámia stb.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Hetoí 0.001.

Javallatok: Scrophulosis és tuberculosis bármely stadiuma.

Bejegyzett
gyári védjegy.

Sanguinal készítményeink összes eredeti üvegei
következő védjeggyel vannak ellátva:



Krewel & Co. G. m. b. H.

vegyész.-gyógyszer. készítmények gyára.

Köln a. Rhein.

Irodalom és minták díjmentesen küldetnek.

UJ-TÁTRAFÜRED * Hidegvízgyógyintézet és Sanatorium.

Tüdőbetegeknek (kezdeti stádium), idegbajosoknak (function. zavarok, morb. Basedow, neurasthenia, álmatlanság stb.), anyagcsere-zavaroknál (diabetes, oxaluria, köszvény stb.), vérbetegségeknek (chlorosis, anaemia, leukémia, malaria stb.), üdülőknek, karlsbadi utókúra stb.

Gyógyeszközök: levegő- és fekvőkúra, dietetikus gyógymód (hizlalo és soványító kúra), inhalatio (lignosulfít, törpefenyőgőz), hidegvízfürők, moór- és törpefenyőfürők, sanatoriumi kezelés.

— Mindig nyitva! —

Dr. Fái Mátyás Miklós

rendelő orvos.

Marienbad világfürdőhely

(Csehország).

A marienbadi ásványvízszétküldési vállalat
otthon használandó ivókúrának ajánlja:

Kreuzbrunn

Európa legerősebb glaubersós vizei.

Ferdinandsbrunn

Javallatok: Általános elhízás, hájzav és hájmáj, a légzés és vérkeringés zavarai fokozódó elhízásodásnál, mindennemű pangási hurutok, altesti vérpangás, aranyér, idült bélrenyheség és mindenféle következményei, a klimacterium bajai, diabetes.

Waldquelle

Javal: A garat, légcső és légzőszervek hurutjai, emésztő szervek hurutjai.

Ambrosiusbrunn

Legdúsabb tiszta vasas savanyúvíze Európának, 0.17 ketted szénsavas natron egy literben.

Rudolfsquelle

Javal: A húgyutak idült hurutjainál, vese- és hólyagkövek, köszvény, húgysavas diathesis.

Evről-évre fokozódó fogyasztás.

Marienbadi természetes forrás

savat közömbösítő, könnyen oldó, biztosan és enyhén hashajtó. Kitűnően támogatja a marienbadi vizek használatát.

Marienbadi forráspastillák

Javal: gyomorfűzés, gyomorgöres, rekedtség és elnyálkásodás.

Marienbadi ásványtáp

a hatásos alkatrészekben és saviartalommal (7.8%) leggazdagabb táp. Kapható az ásványvízkereskedésekben, gyógyszerárakban és droguériákban vagy közvetlen: **Mineralwasser-Versendung, Marienbad (Csehország).**

A marienbadi ásványvizek és forrástermékek az orvos uraknak kísérletezés céljából ingyen állnak rendelkezésre.

GYNAEKOLOGIA

A BUDAPESTI KIR. ORVOSEGYESÜLET GYNAEKOLOGIKUS SZAKOSZTÁLYÁNAK HIVATALOS KÖZLÖNYE.

Szerkesztik: TÓTH ISTVÁN dr. egyetemi magántanár és TEMESVÁRY REZSŐ dr. nőorvos.

TARTALOM: Szili Sándor: Közlemény a königsbergi (Poroszország) királyi egyetem szül. és nőbeteg klinikájáról (Winter G. tanár). A ligamentum rotundum adenofibromájának egy esete. 1. lap. — Temesváry Rezső: Az emlő és a női ivarszervek közti összefüggés. 4. lap. — Nádory Béla: Közlemény a szt. Rókus-kórház szül. és nőbeteg osztályáról (Főorvos: Elischer Gyula, egyet. ny. rk. tanár). Adenoma tubae operált két esete. 11. lap. — A budapesti kir. Orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya. 12. l. — Irodalom szemle: — Könyvismertetés. 16. l. — II. Lapszemle. 16. l. — III. Bibliographia. 19. l. — IV. Folyóiratok átnézete. 20. l. — Vegyesek. 22. l.

Közlemény a königsbergi (Poroszország) királyi egyetem szül. és nőbeteg klinikájáról (Winter G. tanár).

A ligamentum rotundum adenofibromájának egy esete.

Irta: Szili Sándor dr. operateur, nőorvos.

Az adenomyomák és fibromák histogenesiséről szóló irodalom az utóbbi időben igen nagy mérvben megszorodott; alig találunk a gynaekologiai pathológiában még egy fejezetet, a hol aránylag ilyen rövid idő alatt oly tevékenységet fejtenek ki, mint épen e téren; és mégis, ha az erre vonatkozó irodalmat áttekintjük, azt vesszük észre, hogy ez irányban az eszmék nemcsak hogy nem tisztázódtak, hanem ellenkezőleg a különböző nézetek lényegesen megszorodtak. Harz gyűjtő munkájában következő conclusiora jut: „Ha ezen dolgozatok eredményét röviden összefoglalom, akkor be kell vallanom, hogy ezen tumoroknak a mellékveséből való eredetük ezáltal ¹ sem lett tovább fejleszve. Sőt ellenkezőleg, mindinkább több és több kétely merül fel a körül, hogy ezen képletek egy csoportja, nevezetesen az uterus és tubák adenomái és adenomyomái a mellékveséből származnak-e? Franqué, Gottschalk és Opitz esetei mutatják, hogy tuba-adenomyomák, melyeken a Recklinghausentól leirt összes ismertető jelek megtalálhatók, pontos vizsgálatnál mégis csak a lobos tubanyálkahártyából származnak, úgy hogy maga Meyer Róbert, a R. theoria feltétlen híve, is elismeri, hogy ő is nézetében ingadozni kezd.”

Általánosan ismert dolog, hogy az uterus és tubasarokban előforduló mirigyeket Recklinghausen és vele a legtöbb szerző a Wolff-féle testből és csak kivételesen a Müller-féle járatból származtatja, újabban azonban bebizonyult, hogy ezen daganatoknak jelentékeny száma a méhnyálkahártyából ered. Minden kétségen kívül kiderült ez Franquének a tubasarok adenomyomái körül végzett vizsgálataiból, mely daganatok eddigelé a Recklinghausen-féle theoriának leghatalmasabb támaszát képezték; megjegyzendő azonban, hogy a Franqué-féle tumorokban előforduló mirigyek nem mutatták az ősseletípust; a nyálkahártyából való leszármazást véli Gottschalk olyan tubaadenomyomákon is bebizonyíthatni, melyek a R. által leirt és az ősselekből származó adenomyomák karakteristikus képet mutatják; erre vonatkozólag azonban jogosult Picknek az az ellenvetése, hogy ezen mirigyesöveknek a nyálkahártyával való kommunikatioja másodlagosan — a mirigyeknek a nyálkahártyába való beburjánzása által is létesülhetett. Robert Meyer és Neumann Sigfrid azt sem tartják lehetetlennek, hogy ezen kétféle módon leszármazható daganatok kombinálva is előfordulhatnak; ha ezen utóbbi feltevés áll, úgy ezen daganatok biztos genesisé alig mutatható ki.

Ez idő szerint biztosan az ősselekből leszármazott daganatok közé csak azokat számíthatjuk, melyek a Wolff-féle test maradványainak megfelelő helyeken fordulnak elő; ide tartoznak az epoophoron és az ovariumok e fajta daganatai (Pick, Franqué, Aschoff, Russel és Neumann S. esetei), továbbá a hátsó hasfalnak — a Wolff-féle test eredeti fekvési helyének — megfelelő tumorjai (R. Meyer, Harz(?) esetei). A legtöbb szerző szerint a lágyéktáj adenomyomái is a legnagyobb való-

színűség szerint az ősselekből származnak. Ezen kérdés tisztázását főleg azon körülmény nehezíti meg, hogy az ősselekből teljes biztossággal leszármazott daganatok, — miként láttuk, — csak nagyon ritkán fordulnak elő, aránylag gyakrabban lépnek fel a lig. rot. tumorjai, melyeknek az ősselekből való eredetüket csak a legnagyobb valószínűséggel állítjuk. E tárgy fontos volta kötelességévé teszi, hogy ezen nemű daganatokat is pontosan leírjuk.

Mielőtt azonban az itteni klinikán észlelt esetet tárgyalnám, az erre vonatkozó anyagot szándékozom röviden összefoglalni.

1. Cullen egy 34 éves asszonynál a jobb labium felső részéből egy kis daganatot távolított el, melynek alapállománya durva, izomrostoktól átszőtt, kötőszövetből állott, melyben cysták és mirigyesövek voltak beágyazva. Ezen képletek a legváltozatosabb alakot mutatják, hengerhámúak voltak kibélelve és cytogen-kötőszövettel körveve. A nagy félhold alakú cysták vörös vérsejteket, pigmentrögöket tartalmazó epithelt („Herzfehlerzellen“) tartalmaztak. A daganatot szerző a Müller-féle testből származtatja.

2. Recklinghausen egy leiomyomát mutatott be, melyet az inguinális tájékról távolítottak el; a daganatban számos mirigyszerű, epithellel kibélelt csövet talált, melyeket a Wolff-féle testből származtatott.

3. Pfannenstiel egy 39 éves beteg lágyéktájáról exstirpált képletről emlékezik meg, mely a külső lágyékgyűrűtől kissé befelé és lefelé foglalt helyet és diffuse összeforrt a környezettel. Az adenomyomák tipikus structuráját mutatta.

4. Martin egy 74 éves asszonynál egy a medence mélyében elhelyeződött cystosus képletet észlelt, mely körülbelül 17 liter folyadékot tartalmazott. A lig. rot.-mal laza szövet útján függött össze, melyet a szalagtól le lehetett választani és egy kocsanynya egyesíteni. E tumornak a lig. rot. való leszármazása kétséges.

5. Ulesko-Stroganowa egy myomás uterus supravaginalis amputationjáál a lig. rot. ökölnyi cystáját találta, mely ennek uterinális végéhez közel helyeződött el. A cysta fala izomszövetből állott és cylinderepithellel volt kibélelve. Szerző véleménye szerint ezen daganat a Wolff-féle testből keletkezett.

6. Bluhm A. 20 éves betegtől eltávolított szilvamekkoraságú tumort ismertet, mely az annulus inguinalistól befelé laza vérér- és zsírdús szövetben feküdt a lig. rot.-ba ment át. Cystofibroma volt, melyben gyéren epithellel kibélelt mirigyek voltak; csillószerűeket a keményített praeparatumon nem lehetett találni. A stromában pigmentet, vörös vérttestecskéket, a mirigyesövekben pigmentet tartalmazó sejteket („Herzfehlerzellen“) lehetett látni; de pseudoglomerulusokat kiválasztó („Secretionsröhrchen“) és gyűjtőcsatornákat sem lehetett megkülönböztetni, egyedül ampullákat. A görcsös kép után szerző nem képes megmondani, hogy honnan származnak e mirigyek, a fekvési hely után ítélve, a Wolff-féle testből kell eredniök.

7. Blumernek (Referálva „Jahrb. f. Geb.“ 98. évfolyama után) 47 éves asszonytól nyert praeparatuma főleg sima izomszövetet tartalmazott; helyenkint erősen vérerdús részletek és mirigydús helyek voltak találhatóak, mely utóbbiak némiképp

¹ T. i. a megjelent dolgozatok által.

hasonlítottak a Recklinghausen által leirtakhoz. Szerző szerint e mirigyek a Wolff-féle test maradványainak felelnek meg.

8. Rosinsky egy 54 éves asszonynál a bal inguinal tájékon elhelyeződött tojásszerű diónagyságú cystát ír le, mely a lágyékszalagba ment át; főleg izom- és kötőszövetből állott, kevés számú mirigyjáráttal.

8. Aschoff megemlékezik egy 42 éves asszonynál egy mandola nagyságú a bal nagyajk barázdájában ülő cystás fibromyomáról, a daganatban laphámmal kibélelt végbunkókat („Endkolben“), cylinderhámmal bélelt csatornákat, gyűjtőcsöveket, vérzéseket, pigmentációt, pigmentsejteket lehetett megkülönböztetni; ellenben pseudoglomerulusok és izomsejtek teljesen hiányoztak.

10. Engelhardt esete egy 30 éves asszonyt illet. A tumor nagy és kicsiny úrjáratokból áll, melyek magas nyulánk epithellel vannak kibélelve, mely utóbbiak az ellenkező oldalon cubikussá válnak; ezen hámelemeket látszólag alkatnélküli hártya választja el az alapszövettől. Csillós epithelt a keményített praeparatumon nem lehetett találni, ellenben kiválasztó csatornákat, ampullákat, glomerulusokat, pigmentációt, vérzést igen.

11. Cohen röviden megemlékezik egy adenomyomáról, mely gyéren izomsejteket, szigetszerűen elszórt cystogen kötőszövettel körülvett mirigycsöveket, többnyire cysticus ovalis egészen gömbölyű alakú epithelialis képleteket tartalmazott. Az üregekben csak ritkán lehetett pigmentsejteket találni, gyakrabban a kötőszövetben. (Mindenek szerint ezen tumor a Pfannenstiel-től leirttal azonos. Szerző ugyanis ezen készítményt Pfannenstiel-től kapta, de sehol sem említi meg, hogy ezt már Pfannenstiel más helyütt leirta volna.)

12. Végül R. Meyer említi meg egy esetet. A daganat 33 éves betegnél egy év előtt vette kezdetét, kb. babnagyságú volt és a jobb inguinal hajlatban, a mons veneris külső szélénél, a szeméremcsont horizontális magasságában foglalt helyet. A kemény újképlet főleg kötőszövetből állt, melyben sok rugalmas rost, izomsejtek és mirigyes képletek voltak beágyazva. A Recklinghausen-féle tumorokra illő összes karakteristikus jeleket meg lehetett találni.

Winter tanár úr szívélyessége folytán én is azon helyzetben vagyok, hogy a lig. rot. mirigyes tumorját leírhatom.

Negyvenkilencz éves asszonnyal van szó (Fejlapszám 193/801. N. E.). Mensesek 16 éves korában léptek fel, rendetlenül, 2—3 heti időközben, 7—8 napi tartammal, mérsékelt mennyiségben, fájdalom nélkül. F. évi márczius hava óta beteg folyton vérzik. Hat partus, első 17 év előtt, utolsó 6 év előtt; szülei — az utolsóelőtti kivételével (harántfekvés, fordítás és extractio) — spontán folytak le. Nem abortált, folyás nincsen.

Három év előtt a betegnél igen erős menstruális vérzések jelentkeztek, mely alkalommal tojásnyi nagy véralvadékok távoztak. 1901. évi február elején ismét vérzést kapott. Ezért B. dr.-t (Rhein városból) consultálta, a ki egy polypust távolított el, mire a vérzések szüneteltek. Márczius 25-dikén öt heti amenorrhoea után mérsékelt módon ismét vérezni kezdett; a vérzések mindinkább gyengültek, de mai napig sem szüntek meg, fekvés alatt kimaradnak, járás alkalmával ismét előállanak. Fájdalmakról nem panaszkodott. Vizeleti vagy székleteti zavarai nem voltak. Lassú lesoványodást nem tapasztalt, előrehaladó elgyengülés érzete nincs. Miután a vérzések nem akartak megszűnni B. dr.-t consultálta, a ki egy gyűrűt alkalmazott nála, minthogy azonban ez a kívánt javulást meg nem hozta, a klinikára utasította.

Status: Középtermetű és elég jól táplált nőbeteg nyákhártyái anaemikusok. Oedema nincsen. Szív, tüdő épek. Méhszáj mellfelé és felfelé néz. Portio a medencze tengelye irányában. Hátsó ajk kifordult, jobboldalt berepedés. A retroflectált corpus a Douglasban szabadon mozgathatóan fekszik, kemény consistenciájú. Endometrium sima, nem fájdalmas. A sondával történt felemelés után mindkét parametriumot megvastagodottnak találjuk. Mindkét Douglas-redő kissé megvastagodott, jobboldali kissé érzékeny. A jobb nagy ajk felső harmadában egy szilvanagyságú, gömbölyded, tömött tapintatú,

kevésre mozgékony tumor tapintható, mely a lágyékszatona irányában fixáltnak tűnik elő. Vizelet rendes.

D. Endometritis, Tumor lig. rotundi(?)

1901. május 1-jén méhkaparás. Az eltávolított darabok szövettani vizsgálata elég gyanusnak mutatkozik, hogy a total-exstirpatio kivételét igazolja, annál is inkább, miután a távol-eső helyen tartózkodó beteg folytonos ellenőrzése kivihetetlen lett volna.

1901. május 4-dikén chloroformnarcosisban vaginalis totalexstirpációt végzünk (Hammerschlag dr.). Portio körülmetzése, hüvely- és hólyagfal tompa feltolása, mindkét parametrium leköttése, plica vesico-uterina megnyitása, a lig. lat. leköttése a jobboldali adnexumokkal egyetemben. Jobboldali parametriumról egy ligatura lecsúszik, ennek aláöltése. Hüvely peritonealis seb zárása négy catgut-varrattal mindkét csont belefoglalásával. Vaginát jodoform-gazzal tamponáljuk.

A rendes nagyságú méhen makroszkopice carcinomára gyanus elváltozást nem lehetett találni.

Az uterusszélnek megfelelő nyálkahártyán kis, gombostűfejnyi megvastagodásokat lehet látni. (A később megejtett gör-
csövi vizsgálat kezdődő carcinomát mutatott ki.)

Ezután a jobboldali nagy ajk felső harmadában székelő tumort exstirpáljuk. Tíz centimeter hosszú metszés a daganat legmagasabb pontján keresztül, tompa kipraeparálása. A tumor és a lig. rot. közt összefüggést találunk, úgy hogy a daganat egyik polusa a canalis inguinalisba benyúlik. A lig. rot. ezen a helyen kissé fellazult és folytonosságában tompán megszakítható. Folytatólagos bőrvarrat catguttal.

Május 7-dikén. A vaginalis tampon eltávolítása.

Május 18-dikén. Zavartalan gyógyulás. Beteg felkel.

Május 23-dikén. Labium borsebe prima intentioval gyógyul. Hüvelyboltozati varrat sima, környezete szabad.

Május 27-dikén. Beteg a klinikát elhagyja.

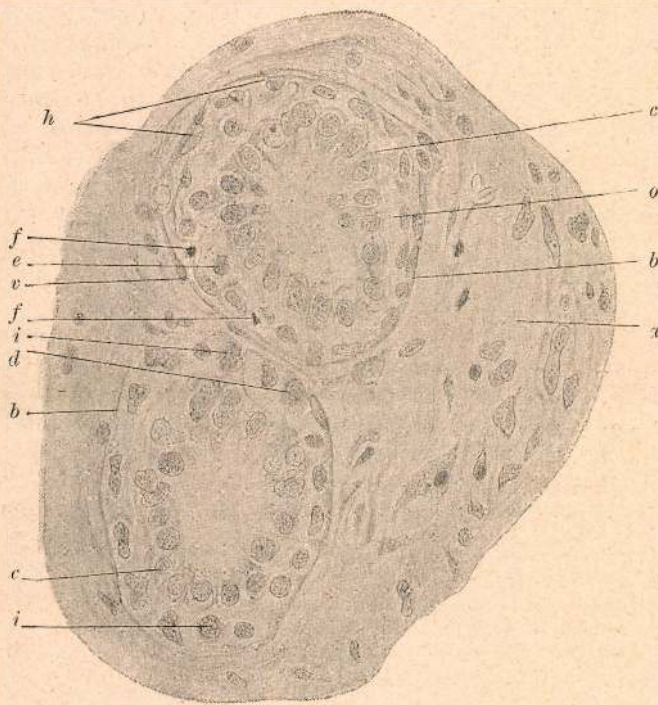
A daganat leírása. A lig. rot. egy helyütt orsószzerűen megduzzadva körülbelülogyorónagyságú gömbszerű képletbe megy át. A daganat mérsékeltén kemény consistenciájú, egyes helyeken puhább, barnás-vöröses színű, felülete sima és megfelel a lig. rot. burkának. Metszlap színe barnás-vörös, kissé csikolt, e között durva fehér sávok húzódnak. Csatornájáratokat makroszkopice nem lehet megkülönböztetni. Sugárirányban négy részre osztjuk, egy kis részből fagyasztott praeparatumokat készítünk, a többi 10% formalin-oldatban fixáljuk és később alkohollal keményítjük és celloidinba ágyazzuk. A metszeteket van Giesonnal (vagy eosinnal) festjük.

A tumor alapállománya durva, össze-vissza kuszált, hyalinszerű kötőszövet, rostokból áll, melyben kevés orsósejt és kerek vagy ovalis sejt, vagy centralis, vagy excentrikus fekvésű magokkal (vándorsejtek) van beágyazva. Rugalmas rostok (Weigert szerint) csak az érfalakban fordultak elő. Izomsejtek az alapállományban teljesen hiányzanak. Vérérek elég számban találhatók, főleg a peripheriában, a hol tágasabbak is; falzatuk mindenütt normális; a daganat közepén számos ér haránt- és hosszmetsetét látjuk; a sejtdús kötőszövetben lényegesen csökken a számuk és e helyütt főleg ott fordulnak elő, a hol sok mirigyes fekszik egymás mellett, mely helyeken ugyanis e sejtdús kötőszövet nagyobb mértékben van kifejlődve.

Kétféle ürmenetet lehet megkülönböztetni. Az egyik csoport kis számban van képviselve, többnyire kisebbek, kerek, hosszúkas vagy szabálytalan alakúak. Endothellel vannak kibélelve, mely sokszor hiányzik. Fehér vérésejteket tartalmaznak. Mindezen képletek ektatikus nyirokerekeknek és cystáknak felelnek meg.

Az ürmenetek második csoportját számtalan epithelialis cysta és cső képezi. E mirigyek csak ritkán fordulnak elő egyenként, többnyire szigetszerű góczokká csoportosulnak, melyek 4—12 mirigycsövből állanak. A legkülönbébb alakot mutatják, majd kerek, majd kanyargósak, egyesek vesealakúak. A kis cystákat sokszor epithel-csövekből álló gomoly vagy epithel-massa majdnem egészen kitölti. Nagy tágas csatornákat is meg lehet különböztetni, melyek szabálytalan, vagy arányos csillagszerű kiöblösödések mutatnak; melyek azonban ugyanazon canalisoknak képezik harántmetseteit,

melyeknek szabálytalan lefutásuk van. A kis cystákon kívül nagy cystákat is lehet találni, melyek többnyire hosszúkásak, vagy „S” szerűen görbült nagy orsókhöz hasonlítanak, vagy pedig szabálytalan sokszögletű alakot mutatnak. Ezen képletek egymás mellett közel fekszenek vagy távolabb; a sorozatos metszetek alapján kiderül, hogy ezek részben együvé tartoznak és keskenyebb ivszerű („geschweifte“) canalisok útján függnek egymással össze. Sokszor észleljük azt, hogy ezen cystákba hosszúkás, végükön kanyargós mirigycsövek (2—3) szájadznak be és feltűnő az a körülmény, hogy igen sokszor ezen beszájadás nem a concav, hanem a convex oldalon történik. Egyik-másik cystába ezen csövek mindkét oldalt térnek be a nélkül, hogy valami charakteristikus rendszert lehetne megállapítani; végükön néha apró mellékágacsákat mutatnak fel. Némely ampullaris cysta egyik végéből egy rövidebb, kissé kanyargós csatorna ered, mely inkább egy kiöblösödésnek felel meg; a másik végéből egy hosszabb, kissé kanyargós és gyökérszerűen elágazódó szűk csatorna fut ki. Ezenkívül hasadékszerű hosszú, ivszerűen hajlott canalisokat találunk, melyek csücsaiből szintén a tubuli contortikhoz hasonló vékony csövek indulnak ki. Számos cystában mirigy-tömegek, papillaszerűen nyúlnak be, melyek vagy szabadon fekszenek, vagy pedig az alapszövettel (kötőszövettel) még összefüggésben vannak, a szerint,

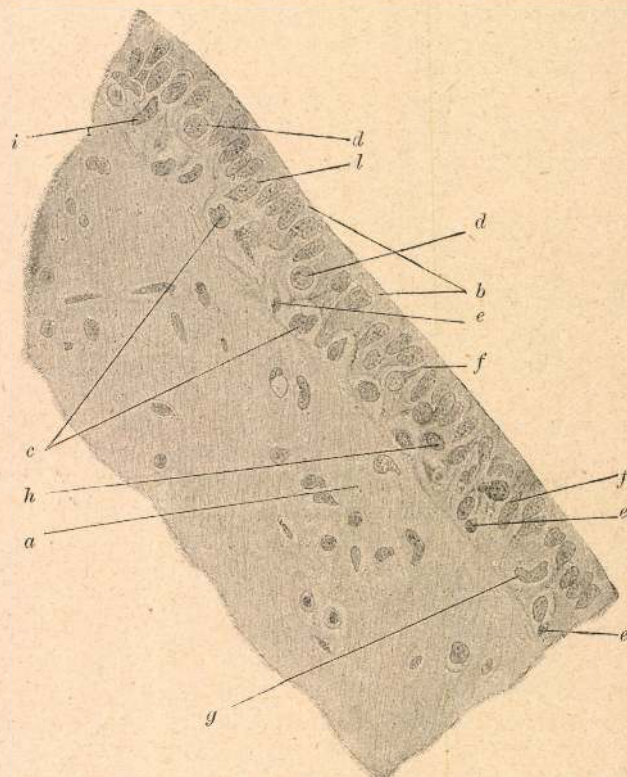
1. ábra.¹

hogy mily magasságban találta azokat a metszési vonal; ezen papillák a hámfelületek ki- és betüremkedéseinek felelnek meg; sokszor e megnyúlt cysták közvetlen szomszédságában azokkal párhuzamosan egy vagy két keskeny rövid egyenes cső fut, melyek szintén a cysta hosszirányú átmetszett recessusainak felelnek meg; a cystáknak tehát a térben egészen szabálytalan kiterjedésük van. A mirigy szigetek főleg a cystákat veszik körül. Sorozatos metszeteken lehet látni, hogy a látszólag izolált, kanyargós, esetleg távolabb fekvő mirigycsövek is a cystákba beszájadzanak és az előbb leírt tubuli contortinak (?) felelnek meg.

Az epithelt Rosenstein dr. vizsgálta meg, de a hámon csilló szőröcskéket nem volt képes találni. A kis csatornák átmetszetein többnyire basalisán fekvő, jól festődő, nagy maggal és üveges protoplasma-testtel ellátott magas cylindrikus epithel-sejteket lehet megkülönböztetni. (1. ábra c). A széles nagy csatornában a sejtek kissé alacsonyabbak és keskenyebbek lesznek és czölöpszerűen egymás mellé sorakoznak. Egyes esetekben egy és ugyanazon csatornában a hám külön-

böző magasságú, úgy egyes csőszerű („schlauchartige“) cystákban egyik oldalon magasabbak, mint a másikon. Ugyanezt észleljük némely „hasadékszerű“ cystában. Azonkívül némely kisebb kerek alakú cystát is lelapult epithel béleli ki; ezek azonban nem felelnek meg a Recklinghausen-féle végbunkóknak (Endkolben), miután utóbbiaknál sokkal nagyobbak. Egészen más képet nyerünk sok nagy, többnyire megnyúlt cystánál (1. 2. ábra). Az epithel-sejtek nem fekszenek oly szabályosan egy és ugyanazon nívóban; köztük különféle formájú hám-sejtek nyomulnak, az epithel-szegély ezáltal kétsorúvá, sok helyütt kétrétegűvé válik. Ezen benyomuló sejtek gömbölyűek (2. ábra d), nagy hólyagszerű, gyengén festődő maggal; vagy cylindrikusak (2. ábra l); a legtöbb esetben azonban a felső epithel-sejtréteg közti hézagok szerint alkalmazkodunk (2. ábra f)

A legszembeötlőbb az, hogy a mirigyképletek nem érintkeznek közvetlenül a sejtdúsabb kötőszövettel, hanem attól egy sejtréteg választja el azokat, úgy hogy a tejmirigy adenomáihoz feltűnően hasonló képet nyerünk (L. Ribbert: Lehrbuch der pathol. Histologie 158. l. 203. ábra, fibroadenoma mammae); ezen hámalatti sejtréteg (1. ábra d, i, h) főleg akkor tűnik elő élesen, ha róla a hámszegély a zsugorodás



2. ábra.

következtében leemelődik (1. ábra). Ezen sejtek egy membrana basilarison fekszenek, nem sorakoznak sűrűn egymás mellé és egy finom szemcsés, sokszor hálószerű sejtközi állomány (műtermék!) választja el azokat egymástól; gömbölydedek, ovalisak, cubikusak vagy megnyúltak, keskeny vagy szélesebb protoplasmaszegélylyel. Magvaik szabálytalan sokszögűek vagy szintén megnyúltak, de legtöbbször befűződtek (lebenyzettek) (2. ábra g) és jól sötétre festődnek. Majd kötőszöveti — majd endothel-jellegűek, legtöbbször feltűnően leukocytákhoz hasonlítanak. A cystákat kibélelő hám alatt való szabályos felépésük epithelialis elhelyeződésben, önkénytelenül a mirigyeknél előforduló támaszsejtekre („Stützzellen“) emlékeztet, melyekből állítólag a hám származik. Erre mutatnak látszólag azon helyek, a hol az epithel kétsorú. Ezen helyeken ugyanis az epithelszegély (a hol szövet nem zsugorodván) nem emelődött le így a két sejtréteg egymással szoros összefüggésben maradt. Ezen helyeken membrana basilarist nem találunk s a sejteket közvetlen környezi az alapszövet (2. ábra). Ezen alsó sejtek (1. ábra c, i, g, k) elrendeződése szabálytalan, egyes sejtek magasabbra lépnek, sőt a felsőbb epithel közé keverődnek (1. ábra c, g, h). Biztos átmeneti alakokat e kétféle sejtek között nem találtunk. A mirigyek legnagyobb számában ezen

¹ Három, a cikkhez még tartozó ábra tévedésből kimaradt. L. azokat a Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. XVI. k. 6. f.

„alsó“ sejtréteg a membrana basilarison fekszik, egyes helyeken úgy tűnik elő, mintha ezzel a vékony nyúlványokkal összefügnének; miután azonban ezen sejtközi állománynak sokszor hálószerű (műtermék?) kinézése van, azt hiszem, hogy ezen nyúlványok, melyeket épen az ilyen helyeken lehet észlelni, szintén műtermékek lehetnek.

A membrana basilarisnak megfelelő képlet finom kötőszöveti rostokból áll, a melyben itt-ott keskeny, vékony orsósejteket (1. *p* ábra) is találunk. A kötőszövet, mely a mirigyeket környezi, koncentrikus elrendeződést mutat (1. *a* ábra), sejtűsabb, mint a többi alapállomány és többnyire kissé megnyúlt sejtekből és kötőszöveti rostokból áll. Ezen sejtűs periglandularis kötőszövet az izoláltan fekvő mirigyeknél kis mérvben és csak a mirigyszigetekben van nagyobb mérvben kifejlődve. A betüremkedések, papillák alapállományát is ezen szövet képezi s azon látszatot kelti, mintha azok ennek burjánzása folytán, secundaer úton keletkeztek volna. A szélesebb csatornák („csillagszerű“ kiöblösödésekkel), valamint több más cysta körül a durva rostos alapállomány szintén koncentrikus elhelyeződést mutat.

A kötőszövet vagy a mirigylumenekben vézést, pigmentet vagy pigment-sejteket nem lehetett találni; a mirigyek többnyire üresek vagy pedig finom szemcsés structura nélküli tömeggel vannak kitöltve.

Mindezen leírt tüneteket összefoglalva azt látjuk, hogy a daganat főjellegét a fent tárgyalt epithelialis képletek képezik. Ezek azonban csak nagyjában hasonlítanak a Recklinghausen-tól leírt képződményekhez, az az uterus mirigyelemeivel sem azonosíthatjuk azokat. Látunk ugyanis vékony, kanyargós, rövidebb-hosszabb csöveket, esetleg a végükön kis rövid mellékágacsákkal; ezek a kanyargós csatornáknak felelhetnek meg, de nem találunk rajtuk végbunkókat, a cystákba beszájadzanak, a nélkül azonban, hogy a tubuli contortikra nézve karakteristikus rendszert követnének. Nem találunk pseudoglomerulusokat, ampullákat, melyhez a csőszőrő cysták csak hasonlítanak (egyik oldalon alacsonyabb az epithel), de mindkét végükön szájadzanak be a leírt kanyargós csatornák, tehát a kivezető csatorna hiányzik. Úgy tűnik elő, hogy a mirigyjáratok egy nagy összefüggő csőhálózatot alkotnak.

A mirigyeket sejtűsabb kötőszövet környezi, a mely azonban cytogen szövetnek nem felel meg. Csilló-epithel, izomszövet, vézések, pigmentatio, pigment-sejtek, mind megannyi a Recklinghausen-féle tumorokra jellegzetes képletek, sehol sem mutathatók ki. Legfeltűnőbb a fentebb leírt „alsó“ sejtréteg fellépte, melyet sem az eddig észlelt lig. rot. sem pedig más helyen (uterus, tuba stb.) fellépő ilyenű daganatoknál nem irtak le. Meyer R. dr. a praeparatumokat átnézni sziveskedett, a miért is e helyen fogadja hálás köszönetemet és arról értesített, hogy ő ehhez hasonló képet nem látott sem az általa leírt lig. rot. adenomyomájánál, sem pedig azon készítményeiben, melyek a foetalis és felnőtt uterusokra vonatkoztak.

Még azon fontos kérdést kell tárgyalni, hogy ezen daganat tulajdonkép honnan származik? A legtöbb szerző (Kossmann, Cullen, Lockstädt.) azon nézetet vallja, hogy ezen képletek az ősveseből származnak, bár a legtöbb az ősvese képletekkel csak kevés hasonlatosságot mutatott.

Ezen nézet főleg azért nyert hatalmas támaszt, hogy oly idetartozó daganatokat irtak le (Engelhardt, Aschoff, Meyer R.), a melyek az ősvesétől leszármazott tumorokkal teljesen megegyeznek. A Lockstädt-féle nézetet, hogy a Bartholini-mirigyek szörványainak felelne meg, Aschoff cáfolta meg. A Müller-féle theoriát, már csak néhányan támogatják. Fejlődéstanilag is legkönnyebb ezen képleteket a Wolff-féle testből leszármaztatni (Blum A., Pick, Aschoff, Meyer R.). A lig. rot. ugyanis, mint egy vékony izomköteg, az ősveseránczban fejlődik, mely a Wolff-féle test mirigyűs proximalis végéből indul ki és innen az ovarium felé halad, hogy mint a lig. ovar. propr. a tuba sarokkal érintkezésbe lépjen és annak dorsalis oldalán közepéig haladjon le; 120° szögben megtörve elhagyja a tubát és mint lig. rot. uteri (lig. inguinale) a lágyéktájékba jut. Ebből tehát azt látjuk, hogy ezen köteg tulajdonkép a Wolff-féle testtel áll szoros kapcsolatban, mert

a Müller-féle járattal csak felületesen függ össze, ahhoz csak hozzásimul; a Wolff-féle testből történt transplantatio tehát érthető.

Meg kell azonban jegyezni, hogy mirigyszerű képletek a lig. rot.-ba más úton is jöhetnek. Ugyanis újabb időben Foederl azon körülményre hívta fel a figyelmet, hogy hydrocele muliebris mellett a lig. rotundumban mirigyszerű képletek lehet találni, melyek a peritoneum kitüremkedéseinek lefűződéséből származnak. Ezen mirigyeket szintén cylinderephithel béleli ki, de ennek endothel leszármazása biztosan kimutatható; a mirigyek egy része a hydrocele-zsákba szájadzanak be. Hogy a lapos peritonealis hám metaplasziát szenvedhet, azt főleg Fabricius, Pick, Meyer R. vizsgálataiból tudjuk. A mirigyek tehát a peritoneumból is leszármazhatnak; ilyen esetben azonban osztom Meyer R. véleményét, a mirigy-csatornák csak gyéren és inkább a daganat felületén fordulnak elő, ellenben organoid szerkezetűk, valamint tömeges felléptük az ősvesetheoria mellett szól. Még egy körülményt is szem előtt kell tartanunk. A lig. rot. lymphangiectikus fibromájának vizsgálatánál, kis számú köbszerű hámmal kibélelt szűk lumenű mirigysöveket találtam, melyeket eleinte epithelialis képződményeknek tartottam, de pontos vizsgálatnál kiderült, hogy *tágult nyirokerekkel* volt dolgom, melyeknek endothelje ilyenmő elváltozást mutatott.

Esetemnek genesiséről biztos véleményt nem adhatok, minthogy azt láttuk, hogy ezen tumor az eddig leírtaktól lényegesen eltér. A mirigyek peritonealis származása ki van zárva, miután az egész daganat mirigyekkel van átszőve és a peritoneummal való összefüggés ki nem mutatható. De az uterus-mirigyekhez sem hasonlítanak (hiszen teljesen hiányzik a cytogen kötőszövet); leginkább az ősvesetumoroknál található képletekkel lehet azokat összehasonlítani, de a mint fentebb kiemeltük, oly lényeges eltérések találhatók, hogy véleményem szerint ezeket egymással azonosítani még sem lehet. További vizsgálatoknak kell eldönteni, hogy ezen fajta tumorok mily összefüggésbe hozhatók a lig. rot. eddig leírt adenomyomáival.

Végül kedves kötelességemnek tartom, Winter tanár úrnak az anyag szívélyes átengedéséért, valamint útbaigazító tanácsaiért és támogatásáért, leghálásabb köszönetemet kifejezni.

A mellékelt ábrák magyarázata:

1. ábra. (Zeiss: Olajimmersio 1/2, Ocular 1.)

Egy mirigycső átmetszete kissé ferdén találva. A mirigyeket periglandularis kötőszövet (a) veszi körül, mely koncentrikus elrendeződést mutat. A membrana basilarison (b) ül az „alsó“ sejtréteg (c, d, h), f-leukocyták, d = az alsó sejtréteg és a cylindresejtek közti spatium, mely zsugorodás folytán állott elő.

2. ábra. (Seitz, Ocular 3, Objectiv 8.)

Nagy hosszúságú cysta falzata. A cylinderejtek különböző magasságban fekszenek, a mennyiben különböző alakú epitheliek (d, h, e), a melyből a felületesebben fekvő epitheliek közé (b) nyomulnak. Az „alsó“ sejtréteg (c, g) közvetlenül az alapállományon (a) ül, a sejtek (c, g) üregekben fekszenek, melyek valószínűleg a környező szövet zsugorodása következtében keletkeztek; az „alsó“ sejtréteg egyes elemei (g, i, h) a mélyebben fekvő cylinderejtek közé emelkednek. A cysta ezen helyén periglandularis kötőszövet nincsen kifejlődve.

Az emlő és a női ivarszervek közti összefüggés.

Irta: *Temesváry Rezső* dr. nőorvos.¹

„Mammæ et uterus jure societatis mutuo se afficiunt, mutuasque tradunt operas mulierum rebus tam bonis, quam malis.“
Hippokrates (Coacae).

Az emlős állatokra jellegző szerv, a tejmirigy (emlő), bár anatómiailag és fejlődéstanilag a bőr függelékes képlete, működése, a tejelválasztás szempontjából joggal sorolható a női ivarszervek közé.

Az a tapasztalati tény, hogy az emlő hivatásának, a tejsecernálásának, rendes viszonyok között csak akkor tud megfelelni, a mikor a nő nemi szervei is tulajdonképeni feladatukat, a nemzést teljesítették, azaz, hogy az anya a tejmirigyeitől elválasztott tej útján csak akkor képes ivadékát táplálni, a mikor ennek (intrauterin életében) a vérkeringés útján való

¹ Magántanári próbaelőadás, tartott 1903. február 21-dikén az 1. sz. szülő- és nőbeteg-klinikán.

táplálása megszűnt, már ösidőktől fogva megragadta az észlelők figyelmét¹ s ennek dacára még ma is csak ott vagyunk, hogy az összefüggést látjuk, a nélkül, hogy ennek okát is kellőképp ismernők, bár e tekintetben is, úgy mint az orvosi tudomány sok más terén, ismereteink ép az utolsó években rendkívüli haladásról tanuszkodnak. Az összefüggés mikéntjének kérdése tényleg nem is oldható meg oly egyszerűen, mint első pillanatban hinnők.

Mielőtt ennek tárgyalásába mennék, előbb azokra a tapasztalati tényekre óhajtok rámutatni, a melyek magát az összefüggést bizonyítják. Ezek két csoportra oszthatók, a szerint, a mint a női ivarszervek befolyását bizonyítják az emlőre és a tejelválasztásra, s viszont az emlőt a női ivarszervekre ezek működésére.

Az első csoportba, melyet Pfister *Maz* nemrég megjelent dolgozatában genitomammalis reflexeknek nevez, de a melyeket én a praedjudikálás kikerülése végett csak *genitomammalis jelenségeknek* neveznék, a következő tények tartoznak:

A nő fanosodásának első tüneteként megjelenő *első havi vérzés*, menstruatio, mint a peteérés, ovulatio külső jele, a női szervezetben, a nő testi és lelki állapotában valóságos forradalmat idéz elő; ennek egyik jelensége az, hogy az emlő, a mely a gyermek születésétől egészen a fanosodásig, tehát körülbelül 12—15 évig majdnem ugyanazon fejlettségi fokon maradt, s a melyet addig külsőleg úgyiszlólván csakis a bimbó jelzett, mintegy varázsütésre újabb fejlődésnek indul, domborodni kezd, félgömböskévé lesz, bimbódudvar mutatkozik a bimbó körül, a tejmirigyek alkotó kötőszövet és zsírszövet jelentékenyen szaporodik, a tejszatórnák újabb és újabb ágakat bocsátanak s a legapróbb tejszatórnácskák végén gömböskévé képeznek, a tejelválasztásra képes hámsejtekkel kibélelt acinusok fejlődnek.

Hogy az első hósám és az emlő kifejlődése között ez az oki összefüggés tényleg fennáll, legjobban bizonyítják az irodalomban nem csekély számban közölt azok az esetek, a melyeket korai hósám, *menstruatio praecox* néven ismernek. Észleltek ugyanis eseteket, a hol leányoknál már 7—8, sőt 3—4 éves korban, sőt még előbb is fellépett az első hósám, a mely azután hosszabb ideig, sőt néha állandóan, 4 hetenkinti időközben ismétlődött.

Körülbelül 70 ily esetet sikerült az irodalomból összegyűjtenem (volt köztük kilencz hónapos, sőt három hónapos csecsemő is) s ezek között nem volt több 3—4-nél, a hol a korai fanosodás jelzett tünete nem járt volna egyúttal az emlők megfelelő elváltozásaival; a többiről szavahihető észlelők feljegyezték, hogy a hósám rendes fellépésén kívül, a fanszőrök és jól kifejlődött emlők teljessé tették a pubertas képét. Természetes, hogy ezen jelenségek jól kifejlődött női ivarszerveknek voltak folyományai. *Howitz* oly 11 esetet talált, (én 14-et találtam) a hol ily korán érett gyermekek 8—13 éves korukban teherbe is estek; az emlők ezen leányoknál a terhesség és a gyermekágy alatt ép oly változáson mentek át, mint a rendes korban gravidá lett nőknél; csak egynél nem lépett fel tejelválasztás a szülés után.

A hósám különben nemcsak első megjelenésekor okoz emlőtüneteket. Ismeretes ugyanis az a rendesnek mondható jelenség, hogy a legtöbb nőnél minden *menstruatio kezdetén* s különösen ezt megelőzőleg az emlők duzzadnak, érzékenyek, fájdalmasak lesznek, a fájdalmak néha a hónalj felé kisugároznak; sőt néha (*Müller P.* 14 ily esetet említ), néhány csepp savós váladék is ürül spontán vagy a bimbóra gyakorolt nyomásra.

¹ *Hippokrates Aphorismái.* (Ford. Töpler, Sopron, 1847.) V. szak. 39. „Ha sem viselő, sem gyermekágyas asszonynak teje jön, a havadás maradt ki nála.“ V. szakasz 50. „Ha nőszemélyek havadását meg akarod gátolni, nagy köpölyt tégy esecseire.“ (Hippokrates, úgy látszik száraz köpölyt értett; *Celsus* IV. 20. véres köpölyzést javasol: At si purgatio nimia mulieri nocet, remedio sunt cucurbitulae, eute incisa inguinibus, vel etiam sub mammis admota). *De glandulis*; cap. 16. „A táplálék, a melyet azok (az emlők) magukhoz vonnak, a méhből jön a gyermek születése után az emlőkből s a csepleszből nyomatik ki és fölfelé a magzat nyomása folytán.“ Cap. 19. „A tej a méhből jön...“ *De morbis mulierum* lib. II. cap. 65. „Ha a méh orbánczot kap, a lábak, emlők és az egész törzs megdagad... a benső összeköttetés (azaz a sympathia) folytán.“

Továbbá a *mastodynia* neve alatt ismert emlőneurosis némely esetben szintén csak a hósám alatt van jelen; azonkívül pedig az emlő rendes, a nő egészséges; némely esetben a különben is fennállott mastodynia a hósám alatt mindig hevesebb fájdalmakkal járt, úgy hogy az illető nők a megfelelő oldalon nem voltak képesek feküdni. *Piorry* és *Copland* petefészek- és méhbajokkal szövődött mastodynia-eseteket észleltek.

A *pótló, vicariáló vérzés* neve alatt ismert jelenség, a midőn amenorrhoeában vagy dysmenorrhoeában szenvedő nők nem a méhből, hanem más szervekből véreznek négy hetenkint, nem ritkán emlővérzésben nyilvánul. *Puech* 200 ily esete közül 25-nél az emlőkből, illetőleg a tejkivezető-utakból történt ezen periodosus vérzés, néha mindkét emlőből, néha csak az egyikből; néhány esetben csak az emlő bőre alá történt vérömlések alakjában jelentkezett ez a menstruatio devia.

Maga a *coitus* is néha befolyással van az emlőre; észleltek ugyanis eseteket, a melyekben minden közösülés a bimbó és bimbódudvar izomzatában contractiókat idézett elő, a melyek a bimbó úgynevezett erectiojában, jobban mondva contractiojában nyilvánultak, sőt *Busch* oly nőről tesz említést, a kinél minden közösüléskor tej ürült az emlőkből. Ingerlékeny dajka coitusától néha káros hatást láttak a csecsemőre, mely izgatottságban, sőt görcsökben nyilvánult.

Terhesség alatt tudvalevőleg az emlők ismét nagy, a legnagyobb változáson mennek át, hogy azután a szülést követő időben fejlettségük legnagyobb fokát érik el. Rendesen a terhesség 2—3. hónapjában, néha még előbb, de ritkán már nemsokára a fogamzás után az emlők megnagyobbodnak, duzzadnak, puhábbak, lágúbbak lesznek s azok érzékenysége, különösen a jobban kiemelkedő bimbódudvar táján fokozódik. Ezen jelenségek némely többször szült nőnél oly korán lépnek fel, hogy ezek már ezekből a jelenségekből, még a hósám kimaradása előtt jutnak terhességük tudatára.

Nägeli említi, hogy előrement gyermekágyak alatt lefolyt mastitis helye némely nőnél egy későbbi terhesség korai stadiumában, még a mens kimaradása előtt s még mielőtt az egyéb terhességi emlőtünetek kifejlődnének, érzékeny lesz és heves fájdalmakat okoz s ezért ő ezt a tünetet a terhesség korai subjektív tünetei közé sorolja.

Az emlő további kifejlődése alatt, mely lényegileg az acinusok rendkívüli szaporodásában, de egyszersmind a többi szövetek túltengésében is áll, a bimbó és a bimbódudvar a Malpighi-rétegbe történő jelentékenyebb festenylegakódás folytán egyszersmind sötétebb színű lesz, a bimbók külső mechanikus ingerek iránt fogékonyabbak lesznek, könnyen összehúzódnak, megnyúlnak és megkeményednek, míg a bimbódudvar ilyenkor keskenyebb és ráncosabb lesz, az ú. n. Montgomery-féle mirigyek fejlődnek s az emlő bőrén, különösen a bimbódudvar körül és az emlő alsó részén számos tekervényes ér tűnik át kékesen. Végül pedig spontán, de különösen nyomásra egy-két csepp sárgás, savós, tejszerű váladék, az úgynevezett *colostrum* ürül.

Érdekes jelenség, a mely eddig alig keltette fel az orvosok figyelmét s a melynek jelentőségére még rá fogok térni, hogy a *magzat elhalása esetében* a terhesség bármely hónapjában, a magzatnak a méhből való kiküszöböltetése nélkül is oly tünetek lépnek fel az emlőkben, mint szülés után, az emlők még jobban duzzadnak, tömöttek, teltek lesznek s colostrum helyett valóságos tejet választanak el. Ezen jelenségek néhány napi fennállás után ismét visszafejlődnek s az emlők nem is a terhesség alatti, hanem a terhesség előtti állapotba térnek vissza, puhák, lágúak, üresek lesznek s nem választanak el többé sem tejet, sem colostrumot. Az emlők ezen összeeséséből már *Hippokrates*¹ következtetett a magzat elhalására, illetőleg közeli abortusra.

Gessner azt tapasztalta, hogy tubaabortus eseteiben is észlelhetők a vázolt emlőjelenségek, (különösen feltűnő és jellegző az emlők összeesése és felpuhulása,) a mit fel lehetne használni annak a fontos körülménynek a megítélésére, hogy méhen-

¹ Aphorismák, V. 37. „Viselő nőszemély esecsei rögtön beesvén, elvetél.“ (Ford. Töpler.)

kivüli terhesség eseteiben a magzat elhalt-e már, s ha igen, mikor, vagy hogy tovább fejlődik-e még?

A szülés alatt és közvetlenül utána nem áll be változás a női emlőkben, míg az állatoknál, hol a tügyek tudvalevőleg az ivarszervek közvetlen szomszédságában vannak, már ilyenkor feszül és pirosodik a bőr a tejmirigyek felett s ezek bővebben választanak el colostrumot s pedig több csecspárral bíró állatoknál előbb a leghátulsóbb, majd successive mellfelé a többi tejmirigyek.

A születést követő 3—5. napon a tejmirigyek kifejlődésük legnagyobb fokát érik el s valóságos tejet választanak el. Szoptató nőknél az emlő az egész szoptatási idő alatt (rendesen 9—10 hónapig) ezen a fejlettségi fokon megmarad s csak a csecsemő elválasztása után fejlődik vissza úgy, mint nem szoptató nőknél már a gyermekágy második hetétől kezdve; a visszafejlődés különösen a mirigyszövet sorvadásában, az acinusok kevesbedésében, de egyszersmind a zsír- és kötőszövetnek is apadásában, a vérerek szűkülésében stb. áll.

A kifejlődés ezen alsóbb fokán azután mindaddig megmarad a tejmirigy, mig nem egy újabb terhesség és gyermekágy a fent vázolthoz hasonló újabb erősebb kifejlődésre nem szolgál alkalmi okul.

Mellesleg felemlitem, hogy a terhesség és gyermekágy alatt fellépő emlőbeli elváltozások oly nőknél, a kiknek számafeletti emlők vannak, tehát az úgynevezett *polymastia* eseteiben, ezen számafeletti emlőkben is fellépnek.

Szoptatás alatt tudvalevőleg rendesen szünetel a menstruatio és csak 4—6 héttel a csecsemő elválasztása után (nem szoptató nőknél 6 héttel a szülés után) lép fel újból először. Ha mégis fellép menstruatio a szoptatás alatt, úgy ezen idő alatt az elválasztott tejnek a mennyisége csökken, sőt némely esetben a tej minőségében is áll be némi változás. Ugyanez áll a szoptatás alatt beállott *terhességre*, a melynek befolyása alatt, különösen annak vége felé teljesen el is apadhat a tej.

A mi végül a női ivarszervek megbetegedését illeti, úgy köztudomású, hogy *méhmyomáknál* gyakran található duzzadt és colostrumot elválasztó emlő (Freund H. W. 44 méhmyomában szenvedő nő közül 25-nél látott colostrumot ürülni az emlőkből), úgyszintén az adnexumok megbetegedéseinek, petefészkek bajoknál stb. Viszont a genitáliák, különösen a petefészkek *veleszületett vagy operatív úton szerzett hiányánál* az emlők is vagy már tökéletlenül fejlődtek, vagy, ha nemzőképes korban levő nőről van szó, kissé atrofizálódnak; utóbbi tényről illetőleg különben még eltérők a nézetek.¹

Oly betegségek, a melyek a genitáliák sorvadását okozzák, rendszerint az emlőkre is hasonló hatással vannak; ilyenek a *morphinismus* (Levinstein), *syphilis*, különösen a *s. hereditaria* (Claude, Fournier, Rivington, Williams), *tuberculosis* (Kleinwächter), *diabetes mellitus* s különösen a *Basedow-betegség* (Foote, Kleinwächter, Hoedemaker, Cholmogoroff, Cheadle, Tapret, Caracoussi, Mannheim, Theilhaber).²

Ugyancsak a rendes *klimax* alatt is visszafejlődnek a tejmirigyek, a mi csak azért nem nyilvánul mindig az egész emlő kisebbedésében is, mert a klimax alatt tudvalevőleg rendesen nagyfokú zsírlerakódás történik az egész köztakaró alatt s így az emlőben is, a hol a zsírszövet többlet a zsugorodott mirigyszövet helyét foglalja el. A természetes s a *castratio* vagy kétoldali ovariectomia útján előidézett mesterseges klimax között különben az emlőket illetőleg az a különbség, hogy utóbbiban az emlő nem lesz lógóvá, a bimbó gyakran atrofizál s a bimbóudvar rendesen elveszti sötét színeződését s világos rózsás pirossá lesz. (Pfister A.)

Az emlőnek egy érdekes fejlődési rendellenessége a túltengés, az úgynevezett *emlőhypertrophia*; ez majdnem kivétel nélkül vagy a pubertas első idejében, az első hónszámmal egyidejűleg, vagy az első terhesség alatt kezd fejlődni, tehát szintén a nemi szervek működésével áll oki összefüggésben.

Észleltek még oly emlőtúltengés-eseteket is, a melyek méhbajokkal voltak összefüggésbe hozhatók. Így Aitken egy esetben *elongatio colli*-t és *endometritist* talált. Routh megbízható angol nőorvos hasonló esetet észlelt; a portio vaginalis 6 hüvelyk hosszú volt s a nő fennálló helyzetében penis-szerűen lógott ki; ennek amputatioja után mindkét túltengett emlő a rendes nagyságra visszafejlődött. Ugyane szerző egy másik esetében *masturbatio* okozta a nagyfokú emlőhypertrophiat egy virgonál.

Az emlő álképleteit illetőleg Lücke (1862) figyelmeztetett először arra a körülményre, hogy azok néha a terhesség alatt keletkeznek, vagy, ha már előbb voltak jelen, úgy a terhesség alatt rohamosabb fejlődésnek indulnak; ő emlőrák három ilyen esetét közli saját gyakorlatából. Hasonló nézetben vannak Winwarter és Volkmann, s egy-egy ilyen emlőrák-esetet közöltek Goulden, Savory, Wilson, Horne és Müller. Fischl 44 éves VIP.-nál a jobb emlőből kiirtott adenofibroma esetét közli, a hol a daganat a nő 16—20 éves korában kezdett fejlődni s minden terhesség alatt lökészerűen újabb fejlődésnek indult s fájdalmas lett. Billroth két s Quénu egy sarkoma-esetnél is észlelték az álképlet gyors fejlődését a terhesség alatt.

Végül felemlitem azt az érdekes therapiiai tény, a melyet Beatson ismertetett először 1896-ban s a melyet azóta több más angol szerző, mint Boyd, Herman (első esetében), Cheyne, Donald, Edmunds megerősített, hogy inoperabilis vagy műtét után recidiváló emlőrák eseteiben a petefészkek kiirtása thyreoidin egyidejű adagolásával vagy a nélkül az emlőbaj teljes vagy időleges gyógyulásához, vagy legalább javuláshoz vezetett. Boyd (1900) összeállította az addig ilyen módon gyógyított 41 emlőrák-esetet; ezek közül 17 esetben meggyógyult a rákos megbetegedés (12 esetben thyreoid-kivonatot is adtak), míg a többi 24 esetben csekély vagy semmi eredményt nem értek el a petefészkek kiirtásával (5 esetben thyreoid-kivonattal kombinálva). A *castratio* ilyen hatásáról végleges véleményt mondani még korai volna, mert más műtők (Paton, Mc. Nicol, Herman, Williams) nem láttak attól jó eredményt, sőt voltak, a kik emlőrákot láttak kifejlődni oly nőknél, a kiknél régebben *castratiót* végeztek (Marison, Jesset, Playfair, Black, [id. Williams]), s így további kísérletek még bevérandók. Annyi azonban valószínűnek látszik, hogy a petefészkeknek van némi befolyásuk az emlők rákos elfajulására.

Csak mellesleg emlitem még fel, hogy a gyermekágy alatt keletkezett *mastitis* néha, ritkán általános sepsis metastasisos szövődménye, a mikor természetesen ugyanazok a baktériumfajok (többnyire streptococcusok) mutathatók ki az emlőtályog genyijében, mint a méhüregeiben.

A mi már most a kérdés másik részét, a *mammagenitalis jelenségeket* illeti, ezek a következők:

A bimbók izgatása, különösen az azokon való szopás, akár felnőtt egyén, akár csecsemő részéről, némely nőnél *kéjes érzést* vált ki, a mennyiben clitoris erectiót, a medenczefének izomzatának összehúzódását, sőt a Bartholini-mirigyekben és a vestibulum nyálkamirigyekben nedvelválasztást, esetleg ejaculatiót okozhat. Valószínű, hogy némely esetben ez a (be nem vallott) kéjes érzés járul hozzá ahhoz, hogy oly nők, a kik már gyermeket szoptattak, szívesen vállalkoznak rá a következő alkalmakkor is. A bimbók villamos árammal való izgatása is képes, mint azt Sondheimer egy esetben észlelte, libido sexualist okozni.

Észleltek eseteket, a hol másodlagos amenorrhoeában szenvedő nőknél az emlő bőrének izgatása *méhvérzést* idézett elő. Paterson egy esetében egy 2½ év óta fennálló amenorrhoeánál az egész emlőt beborító mustárpép előbb az emlő duzzadását, 36 óra múlva pedig erős méhvérzést okozott.

A bimbókon való szopás *terhes* nőknél méhösszehúzó-dásokat képes kiváltani. Soeterik egy esetében a rosszul fejlett bimbókon naponta ½ óráig végzett szopási kísérletek két ízben okozták a terhesség megszakítását először a 37., másodszor a 38.-dik hétben.

Ez a szokás, (a szopást külön ezzel foglalkozó foghijas nők, az úgynevezett „*tireuses de lait professionnelles*“ is végzik), valamint tejszívó-készülék, szárazköpő, agyagpipa, szivattyúszerű készülék stb. alkalmazása a terhesség alatt a mondott

¹ L. Temesváry, A tejelválasztás és szoptatás élet- és kórtanának kézikönyve. Budapest, 1901. 395—396. l.

² L. Ugyanott 140. és 711—712. l.

czélból, meglehetősen el van terjedve, különösen Franciaországban; de némely vad népnél is divik a bimbók előhuzogatása a terhesség alatt, különösen ennek vége felé.

Soeterik emlékeztet különben *Marshal Hallnak* javaslatára, hogy atonia uteri okozta sterilitás („aphoria atonica”) szoptatással meggyógyítható.

Gauthier szerint az emlővel való masturbatio az úgynevezett mammastupratio (onanipumammaire) szintén okozhat koraszülést.

Friederich 1839-ben abból a tapasztalati tényből kiindulva, hogy az emlőre alkalmazott mustár vagy vesicantiák már a legmakacsabb amenorrhoeát is meggyógyították, ezt az eljárást a művi koraszülés előidézésére ajánlotta.

Scanzoni 1853-ban ugyanezen célból gummiballonos tejszivót alkalmazott a bimbóra, kétszer-háromszor naponta 2—3 órán át, néhány esetben jó eredménnyel. *Hohl*, *Sack* s mások ez eljárástól nem láttak eredményt. Ellenben *Ger-mann*, *Langheinrich* és *Vogt* s legújabban *Pfister M.* (három esetben) igen; utóbbi szerint csakis irritabilis természetű nőknél alkalmazható az eljárás sikerrel, s csodálkozik, hogy az nem örvend nagyobb elterjedtségnek. *Freund H. W.* 1890-ben némi módosítással újból megkísérti az eljárást, s vele több esetben a szülést megindította, vagy legalább méhösszehúzódások kiváltása által a méhnyakesatorna tágulását és az izomszövet fellazulását érte el, úgy hogy eljárását a művi koraszülés előkészítésére melegen ajánlja. *Mollath*, *Sondheimer* igazolták az utóbbi észlelést. *Freund* eljárása abban állott, hogy egy szivacsos ellátott üvegköpölyt alkalmazott a bimbóra s azt az állandó áram kathodsarkával kötötte össze, míg az anodot egy a hasra helyezett széles lemezzel kötötte össze; az alkalmazott állandó áram 6—7 milliampère erősségű volt. Egy ülés tartama 25 perc, 5—5 percnyi szünetet belcélva. *Sondheimer* annyiban változtatott az eljáráson, hogy villamos köpöly helyett vattával körülvett elektrodot használt s hogy csak 5 percig alkalmazta az állandó áramot s azután 5 perc szünet után 5 percig a faradikus áramot s újabb hasonló szünet után 5 percig a galvano-faradikusát. Az áramot mindig lassan fokozta, míg *Freund* ezen lassú fokozás (einschleichen) ellen van; az áramot 12—15 milliampère-ig növelte.

Amann és *Starke* nem találták az eljárást elég hatásosnak; előbbi inkább a terhesség végén és a lepényi időszakban, valamint a lepény távozása után ajánlja azt a méhösszehúzódások fokozására.

Ismeretes továbbá, hogy szülés után és a gyermekágy alatt, különösen annak kezdeti szakában a csecsemőnek az emlőre való tevése, illetőleg annak szopási kísérlete minden egyes alkalommal méhösszehúzódást, utófájást okoz. *Rigby* ezen tapasztalati tényt gyógyítási célból is igénybe vette és atoniás vérzés két esetében, a hol forró vízzel való öblítéseket és secale-t hiába alkalmazott, sikerült neki a gyermek szoptatásával a vérzést csillapítani.

Megboldogult Kézmárszky tanár buzdítására ezen (az 1. sz. női) klinikán végzett vizsgálatokból, a melyeket *Bäcker Józseffel* együtt végeztem, kitűnt továbbá, hogy a szoptatás okozta méhösszehúzódások folytán a szoptató nők méhe gyorsabban fejlődik vissza, mint a nem szoptató nőké. 131 nőn a gyermekágy első nyolcz napján végzett méhméréseinknél ugyanis azt találtuk, hogy nem szoptató nőknél a méh magassága (a symphysistól a méhfenékig mérve) 4.9 cm.-rel és szélessége 3.42 cm.-rel fogyott a gyermekágy első napjától a 8-ig, míg szoptató nőknél ez a fogyás 6.4 cm.-t, illetőleg 4.25 cm.-t tett ki; előbbieknél az átlagos napi fogyás 0.70 cm., illetőleg 0.49 cm. volt, utóbbiaknál 0.91 és 0.61 cm. Érdekes még azon tapasztalatunk is, hogy multiparáknál, a kik tudvaleg rendesen már az első napon kezdik a szoptatást, a méh visszafejlődése is az első és a második nap között a legjelentékenyebb, míg primiparáknál, a kik rendszerint csak a második napon képesek először szoptatni, a méh visszafejlődése is csak a második naptól a harmadikra a legjelentékenyebb.

Hansen és *Müller* is azt találták, hogy szoptató nőknél a méh jóval rövidebb idő alatt, tehát gyorsabban fejlődik

vissza, mint nem szoptatóknál s hogy előbbieknél a méh rendszeren már a szülést követő hat héten belül éri el a terhesség előtti nagyságát, míg nem szoptatóknál ez több időt, nem ritkán 7—8 hetet is vesz igénybe.

A szoptatás és a méhösszehúzódások közti direkt összefüggést *Pfister M.* is tanulmányozta, a ki a következőket találta: az első méhösszehúzódás 2—4 percczel kezdődik a gyermeknek emlőre tevése után s 3—4 perczig tart (1—2 perczig kőkemény a méh); a méhösszehúzódás hullámvonalának felhágó ága rövidebb és meredekebb, mint a lehágó, ép úgy, mint ez a harántesikolt izomrost myogrammjánál látható. Ha a csecsemő rendszeresen tovább szopik, úgy 5 perczenkint ismétlődik a méhösszehúzódás s a szoptatás abbahagyása után is, de rendetlen időközökben még néhány összehúzódás mutatkozik. Ha a gyermek rendetlenül szopik, úgy a méhösszehúzódások is rendetlen időközökben lépnek fel s renyhe szopási mozgások után, ha a csecsemő ismét erősebben szopik, már 20—30 mp. után húzódik össze a méh. A *Kehrer*-től pontosan észlelt és behatóan tárgyalt „tejáramlás” (*Milcheinschiessen*) hasonló összefüggésben áll a szoptatási műveletekkel s a vasomotoros idegek útján kiváltott reflexhyperaemiának magyarázható. A szoptatástól kiváltott méhösszehúzódások még a szülés utáni 7—8. napon is észrevehetők. A szopásnál észleltékhez hasonló méhösszehúzódásokat *Pfister*-nek szopóüvegek alkalmazásánál is sikerült kísérletileg kiváltani, ha az azok útján történt szívás kellő erővel történt.

A túlhoszú szoptatás egy érdekes következményi bajára különösen *Frommel*, *Müller*, *Thorn*, majd *Grüner* és *Fraenkel L.*, *Ikeda* és *Vineberg* mutattak rá s ez a méh hyperinvolutioja, az úgynevezett *lactatio atrophica*. Ez a megbetegedés nem is ritka s én is, mióta figyelmemet ráfordítom, azt számos esetben konstatálhattam, nem ritkán oly nőknél is, kik csak néhány hó óta szoptatnak; a bajnak rendszeren nincs nagyobb jelentősége, mert a csecsemő elválasztása után többnyire elmúlik, de néha, ritkán állandó méhatrophiához is vezet.¹

Ismeretes továbbá, a mit már említettem is, hogy a szoptatás alatt az ovulatio és menstruatio rendszeren szünetel. *Schwab* galaktorrhoea két esetében észlelt egyúttal amenorrhoeát, a mi az ép említettek után könnyen érthető. Viszont *Bontemps* oly esetről tesz említést, a melyben egy szoptató nő, hogy tejelválasztását fokozza, 15 gramm foeniculum forrázatát vette be egyszerre, mire teje teljesen elapadt, ellenben a menstruatio fellépett; felemlíti különben, hogy a galaktogog szerek túlságos nagy adagban véve, rendszeren galaktofug hatásúak s méhvérzést okoznak.

Howitz azt észlelte, hogy a szoptatás a méh myomáira is kedvező befolyással van, a mi szintén az attól kiváltott méhösszehúzódásokra vezethető vissza. Két esetében méhmyomában szenvedő gyermekágyas nők közül az egyik szoptatott, a másik nem; előbbinél a myoma 5 hó alatt eltűnt, a nem szoptató nőnél változatlanul megmaradt. *Howitz* azután öt nem szült nőnél tétetett ily kísérleteket; a rendszeres szoptatásra, a mely különben tejelválasztást is idézett elő, a dagatok kisebbedtek.

Sinclair azt észlelte, hogy a csecsemő hirtelen való elválasztása a petefészkekben és a méhben bővérűséget, sőt hogy méhvérzést is okoz.

Végül felemlitem, hogy az *emlők állképleteinél*, különösen rákjánál nem ritkán áll be másodlagos amenorrhoea, sőt az esetleg fennálló terhesség megszakítása.

Ezen tapasztalatoknak elősorolása után legyen szabad most azt a kérdést felvetnem, hogy *mi okozza ezt a tagadhatatlan összefüggést az emlők és a női ivarszervek között?*

Az összefüggés lehet reflexes, azaz az idegek által közvetített, vagy közvetítheti azt a vérkeringés az által, hogy több vér torlódik az ivarszervektől az emlők felé, illetőleg az emlőktől az ivarszervek felé s végül létezhetik a tejelválasztást előidéző valamely anyag, a mely bizonyos körülmények között a vérben foglaltatik s ott felhalmozódva a vérkeringés útján az emlőkhöz jut s ezekben a tejelválasztást megindítja.

¹ L. részletesen *Temescsary* id. m. 729—733. 1.

A mi az idegek útján való összeköttetést illeti, mindennek előtt felemlitem, hogy a tejmirigyet háromféle idegek látják el: érző idegek, vasomotoros idegek és mozgató idegek; ezek részben a cerebrospinalis központtól s pedig az alsó nyaki idegekből s az első mellidegből álló plexus brachialisból mint (a nn. intercostalesből jövő) nn. cutanei laterales pectoris (a csecsbimbót ellátó érző idegek) s mint a 4—6. nn. intercostales rami glandularesi (mirigy-idegek), részben a sympathiás idegrendszerrel (az art. thoracica longával s az arteriae intercostales mellső rami perforanteseivel) jönnek úgy, hogy a tejmirigyek ezen idegrendszerek útján állanak összefüggésben az ugyancsak részben az agygerinczagi központtól (II—IV. nn. sacrales), részben a sympathiás idegrendszerrel jövő idegekkel ellátott női ivarszervekkel.

A hastáji tejmirigyekkel bíró állatoknál az eltérő topografiai viszonyoknak megfelelőleg az emlő beidegzése is eltérő. Ezen állatok tőgyének bőrét a n. ileoinguinalis látja el, magát a tejmirigyet pedig a n. spermaticus externusból származó ágak. Ennek felső ága (ramus superior) a hasizmokat látja el; a középső ág három részre oszolva, mint ramus papillaris a csecsbimbót látja el, egyes szájakat az erekhez küld s végül 1—2 erősebb r. glandularissal a mirigyállományt idegzi be; az alsó ág pedig mint érdeges a mirigy ereit látja el.

Goltz egy érdekes kísérlete (1874) élénk világot vet ezen összeköttetésre. Ő ugyanis fiatal nőtény kutya gerinczeveljét az I. lumbalis csigolya magasságában átmetszette; rövid idővel ezután az állat folytatott; ekkor megrakatta, mire az teherbe esett s később egy élő és két holt kölyköt szült. A csecsmirigyek jól kifejlődtek s a tejelválasztás és szoptatás úgy ment végbe, mint más szoptató kutyánál. Az ellés utáni 6-dik napon az anyaállat elhalt s ekkor ő a gerinczevelő-sérülést összeforratlannak, tehát az összekötő pályát teljesen tönkretettnek találta.

Hasonló kísérletet végzett ugyancsak Goltz Ewaldal egyetemben (1896) egy megrövidített gerinczevelő nőtény kutyával (a melynél a 3-dik mellecsigolyától lefelé az egész gerinczevelőt kiirtotta) ugyanily eredménnyel; az ellés után attól elválasztott tej chemiailag és görőseileg a rendes tej összetételét mutatta, a kizárólag ezzel a tejjel szoptatás útján táplált kölyökkutya, a mely születéskor 194 gm. súlyú volt, 10 nap múlva 540 gm.-ot s még 9 nap múlva már 800 gm.-ot nyomott, mindig nyugodt és jóllakott volt; azok a csecsmirigyek, a melyeken a kölyök szopott, erősebben voltak kifejlődve, teltebbek és bővérebbek voltak, mint az elhanyagolt csecsmirigyek.

Kísérletszámba menő igen érdekes eseteket közöltek még Routh és Mercier. Előbbinek esetében egy a 6-dik hónapban terhes nőnek esés folytán eltört a gerincoszlopa, a 6-dik hátcsigolyától lefelé a nő egész teste béna lett; a terhesség 261-dik napján bekövetkezett szülés minden fájdalom nélkül ment végbe s utána a méh visszafejlődése, valamint a tejelválasztás megindulása s a szoptatás maga is kifogástalan volt. A nő elhalálása után itt is meggyőződtek, hogy a gerincoszlop (a 4-dik és 5-dik hátcsigolya között) teljesen el volt törve s hogy ezen a helyen a gerinczevelő e ronsolás következtében teljesen tönkrement.

Mercier esetében a gerincoszlop rákja folytán keletkezett hasonló paraplegia s a terhes nőnek később bekövetkezett szülése és gyermekágya, valamint a tejelválasztás ennek daczára szintén egészen rendes lefolyású volt.

Mindezen észlelések azt bizonyítják, hogy a gerinczevelő nem lehet az összekötő pálya (legalább nem az egyedüli) az ivarszervek és a tejmirigy között.

Más kísérletek (Eckhardt, Röhrig, Laffont, Sinéty, Basch, Mironow, Pfister Max s másokéi,¹ a melyeknél az emlőt az ehhez vezető idegek átmetszésével lehetőleg teljesen felszabadították az idegek befolyása alól (sőt Mironow egy kísérletében az egész emlőt egy szomszédos helyre transzplantálta), a midőn ennek daczára az illető állat ellése után teljesen zavartalanul ment végbe a tejelválasztás és szoptatás (a

szoptató állattól elválasztott tej mennyisége ugyan 35—40%-kal csökkent, de különben zavartalan volt a tejelválasztás), azt bizonyították, hogy semmiféle idegek, tehát az együttérzők sem szükségesek okvetlenül a tejelválasztáshoz s inkább csak (s pedig a vasomotoros idegek), a vérkeringésre való hatásuk útján befolyásolják quantitative a tejelválasztást. Rein kísérleteinél is, a ki viszont a méhhez vezető sympathiás idegeket vágta el, a később bekövetkezett szülés után a tejelválasztás és szoptatás teljesen zavartalanul ment végbe.

Freund H. W. azt tapasztalta, hogy míg, mint fentebb már említettem, a méh és függelékeinek különféle bajainál az emlők duzzadnak és colostrumot választanak el, addig a méh belső felületének erős állandó árammal heteken át való izgatása nem járt semmiféle emlőtűnnettel. Én szintén nem láttam az Apostoli-féle eljárástól semmi hatást az emlőkre.

Ezen kérdést még jobban megvilágította Ribbert-nek következő experimentum crucisa; ő egy fiatal tengerinyúl emlőt a bőrrel együtt kimetszette és a fülek egy-egy bőrsébébe varrta; az emlők jól belenőttek s midőn az állat később terhes lett s két kölyköt szült, a fülbe varrt egyik emlő (öt hónappal a műtét után) tejet választott el.

Mironow és Ribbert kísérletei bizonyítékul szolgálnak egyszersmind arra nézve is, hogy a véredek sem képezhetik a nélkülözhetetlen összekötő pályát az emlők és a női ivarszervek között, ámbátor az összeköttetés maga tényleg létezik s pedig az arteria mammaria externa, a mammaria interna, a epigastrica superior, a epigastrica inferior, a spermatica externa és az a. uterina és a megfelelő venák anastomosisai útján.

Marad tehát csak a harmadik út, illetőleg mód s ez valamely a petefészkektől elválasztott anyag jelenléte, a mely a terhes, illetőleg szült nő vagy állat vérében keringve, bizonyos körülmények között a tejelválasztást megindítja.

Ezen felvétel mellett szól néhány pozitív állatkísérlet is.

Igy Kehrér (1887) állatkísérleteinél (fiatal tengerinyulakon) castratio után a csecsmirigyek továbbfejlődésének megakadását észlelte.

Knauer (1900) ugyancsak tengerinyulakon tett kísérleteinél azt találta, hogy castratio után a csecsmirigyek igen kicsinyek lettek, atrofizáltak s görőse alatt is az atrophia képét mutatták; azon esetekben, a hol a castratio után a petefészkek más helyekre sikeresen transzplantáltak, a csecsmirigyek is rendes nagyságúak maradtak s görőse alatt is a jól fejlett csecsmirigy képét mutatták.

Halban (1900) újszülött tengerimalaczokon végezte ugyan-ezen kísérleteket ugyanilyen eredménnyel; a különbség csak az volt, hogy még ki nem fejlődött csecsmirigyekről lévén szó, ezeknél castratio után nem atrophia, hanem hypoplasia volt jelen; sikerült petefészkek-átültetésnél az emlők nem maradtak meg a már elért fejlettségi fokon, hanem rendes kifejlődésnek indultak, azaz egy idő múlva jóval nagyobbak lettek, mint voltak az operatio előtt.

Ezen kísérletek kétségtelenné teszik, hogy az emlő kifejlődéséhez s így a tejelválasztáshoz rendes viszonyok között, azaz nemzőképes korban lévő nőknél a petefészkek okvetlenül szükségesek s valószínű, hogy valamely ezekből női nemi szervek anyageseréje, a petefészkek u. n. belső secretiója útján elválasztott anyag az, a mely épen úgy, mint a hogyan az egyéb úgynevezett másodlagos női jellemvonásoknak, úgy az női emlőknek kifejlődéséhez és azok működésképpességéhez is szükséges. Ennek elsőül Goltz, majd később Freund, Knauer, Halban, Pfister M., Knoepfelmacher adtak kifejezést. Hogy mi ez az anyag, mily enzim vagy ennek mily bomlási terméke, azt még nem tudjuk, de annyi bizonyosnak látszik, hogy a terhesség alatt ez az anyag a magzat vérkeringése útján felhasználatik, a magzat megszületése, vagy mint láttuk, már intrauterin elhalála után az anya vérében felhalmozódik s a tejelválasztást megindítja.

Mellesleg felemlitem, hogy tudvalevőleg újabb időben a menstruatio előtt vagy a menstruatio elején, a terhesség alatt és amenorrhoeánál, valamint a klimaxban nem ritkán fellelő különböző tünetek, mint általános ideges jelenségek, congestiók, bőrkütiések, hányás (a terhesek úgynevezett csillapíthatatlan

¹ Temesváry, id. m. 228—229. l.

hányása), pica, szivdobogás stb., sőt az eklampsia mind valamely a petefészkektől elválasztott s a vérkeringésben felhalmozódó anyag mérgező hatásának tulajdoníthatnak, a mely anyag rendes viszonyok között a menstruális vérrel kitakarodik a szervezetből, vagy pedig a terhesség alatt s pedig ennek második felében a fejlettségénél fogva akkor már arra képes magzat anyageseréje útján feldolgoztatik, míg amenorrhoea eseteiben, a klimaxban, a terhesség első felében, valamint a műtét után a nő vérében az illető anyag felhalmozódik s kisebb-nagyobb mértékben érvényesíti toxikus hatását.

A női ivarszerveknek befolyása az emlőkre s a tejelválasztásra ez idő szerint szintén csakis így volna, legalább némileg kielégítő módon magyarázható.

A vérkeringésnek, mint a mérges anyagot tartalmazó vér pályájának csak indirect befolyása volna.

Ez a hypothesis, mert másnak most még nem mondható, csak akkor birna bizonyító erővel, ha sikerülne vagy a sejtett mérgező anyagot előállítani s vele a jelzett értelemben tényleges hatást elérni, vagy legalább az azt tartalmazó vérrel, illetőleg vérsavóval, ennek nem terhes és nem szoptató állatok vérébe való befecskendése által az emlőket és a tejelválasztást befolyásolni. Előbbit illetőleg nem rendelkezünk kísérletekkel; utóbbit *Knoepfelmacher* kísérlete meg három esetben, de negativ eredménnyel, a mit ő annak tulajdonít, hogy a vemhes vagy ellett állatok véréből vett, s befecskendésre felhasznált vérsavó csekély mennyisége folytán az ebben esetleg tartalmazott ható anyag csak oly minimális lehet, hogy ezzel (nem vemhes és nem ellett állatoknál) tejelválasztó hatás elérése alig képzelhető.

Remélhető azonban, hogy a megfelelő módon s elegendő mennyiségű vérsavóval végzett újabb kísérletek több sikerrel fognak járni. Mindaddig természetesen hiányzik az a pozitív kísérleti bizonyíték, a mely az említett anyag felvételét teljesen jogosulttá tenné.

Tagadhatatlan különben, hogy magának a vérkeringésnek mint olyannak, illetőleg a vér mennyiségének s ennek az emlőkhöz fokozottabb vagy csökkent odafolyásának is van befolyása a tejelválasztásra, a mit különösen *Freund W. A.* hangsúlyozott, a ki azt találta, hogy a terhes méhnek a nagy vérerekre gyakorolt nyomása által feltételezett vérpangás a nagy vérkeringésben az emlők duzzadásában egyenlítődik ki. A tizedik hónapban kezdődő méhösszehúzódásoknál a méh vérének egy része kinyomatik s az emlők duzzadását okozza (egészen az emlőváladék spontán kiürüléseig). A gyermekágy első napjaiban nagyobbodik a méh, petyhüdnek az emlők; a harmadik napon összehúzódik a méh, tetemesen duzzadnak az emlők. Ha a méh visszafejlődését intercurrents betegségek zavarják, az emlők duzzadása is csekélyebb.

Ezt az okoskodást, a melyet a fent említett tapasztalati tények csak részben igazolnak, magáévá teszi *Schein*, a ki érdekes fejtegetések és gyermekágyasokon végzett hasfalmassage kísérletei alapján beigazolta, látja, hogy a tejelválasztás különösen a hasfal felől, a vérnek ennek vérérekből az emlőkéi felé való terelése által fokozható. Ugy ezek a kísérletek, mint a fent elősorolt tények némelyike, valamint végül a vasomotoros idegekkel történt kísérletek annyiban adnak igazat *Schein*-nak, hogy a vérnek az emlők felé való terelése tényleg a tejelválasztást fokozni, illetőleg az elválasztott tej mennyiségét növelni képes, úgy hogy tagadhatatlan, hogy a vérkeringésnek, mint olyannak is jut, bár csak quantitativ értelemben szerep a genitáliák és az emlő működése közti összefüggés közvetítésében.

A vérkeringésnek ez a befolyása úgy a genito-mammalis, mint a mamma-genitalis jelenségeknél érvényesül. Utóbbiaknál ezen kívül csakis az idegrendszer az, a mely az összefüggést a két rendbeli szerv illetőleg szervek között közvetíti. Mert az emlőknek operativ úton való teljes eltávolítása nőknél, vagy pedig kísérlet céljából állatoknál (*Bert Paul*) sem a méh és a petefészkek kifejlődésére nincs befolyással, sem az esetleges fogamzást, vagy a magzat kihordását s a szülés rendes lefolyását nem akadályozza. A mamma-genitalis jelenségeknél tényleg a csecsbimbó érő idegei s valószínűleg, mint *Pfister* mondja egy a gerincvelőben fekvő reflexközpont és a méhnek a

sympathiás idegek útján a plexus hypogastricusba lépő, mozgató idegei szerepelnek.

Megemlítendőnek tartom itt a következő, bár még meg erősítésre szoruló észleléseket:

Yonatt (1835)¹ észlelte, a mit azután más állattenyésztők is igazoltak, hogy ha nem folyató teheneknek folyató tehenek tejét adták inni, úgy azok nemsokára rá szintén folyattak, sőt meghágtatva teherbe is estek.

Több észlelő a tejmirigy-kivonatot (mammary-gland-extract) sikeresen alkalmazta méhmyomák eseteiben. Így először *Bell* (1898) (2 esetben) s utána *Shober* (9 esetben), *Pryor* (33 esetben) és *Crouse* (6 esetben). A méhvérzések lassanként gyengültek, végül egészen megszűntek, a daganatok kisebbedtek s a dysmenorrhoea is megszűnt. Különösen intramuralis myomára volt hatással. Háromszor naponta adtak 0.3 gm.-ot néhány héten át. *Pryor* szerint úgy hatna a szer, hogy méhösszehúzódásokat idéz elő s ezért szülés utáni méhvérzésnél is jó eredménnyel volna adható.

Ezen észlelések, ha helyeseknek bizonyulnak, a mellett szólnának, hogy a tejmirigynek mint olyannak is lehet némi befolyása a női ivarszervekre, ha csak nem a tejnek valamely alkatrésze (tejzucker?) az, a mely az említett jelenségeket okozza.

Mindezek után azt kell mondanunk, hogy míg az ivarszervek felől az emlők felé menő ingert a legnagyobb valószínűség szerint különösen a petefészkek belső szekretioja útján elválasztott valamely anyag közvetíti, s a vérkeringés, illetőleg az emlőkhöz folyó vér mennyisége, a melyet természetesen az idegrendszer is befolyásol, másodrendű szerepet játszik, addig az ellenkező irányban az ingert különösen az idegrendszer közvetíti, s a vérkeringés itt is másodrendű fontosságú s pedig inkább reflex hyperaemia alakjában.

Nem tagadható azonban, hogy ez a felfogás, mint már fentebb kifejtettem, még nem tekinthető teljesen kifogásolhatatlannak. Így alig érthető az az ismert jelenség, hogy az ú. n. „képzelt terhesség“ (*grossesse phantome*) eseteiben a rendes terhességgel járó szokott egyéb különféle tünetek s subjectiv panaszok mellett az emlőknek is észleljük oly elváltozásait (duzzadás, érzékenység, terimenagyobbodás, colostrumelválasztás), a minők csak tényleges terhesség alatt szoktak fellépni, dacára annak, hogy ezekben az esetekben a méhüreget semmiféle tölti ki. Az egyetlen elfogadható okot különben itt is csak abban találhatjuk, hogy az egyidejűleg fennálló amenorrhoea folytán a petefészkektől elválasztott anyag nem ürül ki, hanem a vérben felhalmozódva, hasonló hatást fejt ki ahhoz, a melyet a terhesség alatti amenorrhoea folytán felhalmozódó petefészkevadáék kifejtene szokott.

A képzelt terhességhez analog jelenségre, a melyhez, ha szabad magam így kifejezni, még „képzelt szülés“ is járul, hívja fel a figyelmet *Kehrer*, a ki állatorvosok és kutya-tenyésztők, valamint saját maga által észlelt következő érdekes jelenséget ír le: Ha nőtény kutyt, akár olyat is, a mely még sohasem ellett, a folytatás idejében megakadályozzuk a közösülésben, úgy annak csecsmirigyei a második hónapban duzzadnak, megnagyobbodnak, s pedig előbb a hátulsók, majd a mellsők s bőven választanak el colostrumot, ép úgy, mint vemhesség alatt. A folytatástól számított második hónap végén, azaz akkor, mikor az állat meg nem akadályozott közösülés esetében szült volna, a kutya úgy viselkedik, mint szülés előtt és alatt. Sokat szaladgál, mindenféle, fészekrakáshoz szükséges anyagot hord össze, a földbe vagy homokba gödröt ás s azután ebbe a puha anyagokkal kibélelt fészekbe belefekszik, időnként vonyít és jajgat, mintha szülőfájásai volnának; duzzadt genitáliáiból azután bő üvegszerű nyálkát ürít s néhány óra múlva ott hagyja a fészket s ismét oly vig és egészséges, mint volt azelőtt.

Azt a jelenséget sem tudjuk még kellően megmagyarázni, hogy a méh és petefészkek hiányos kifejlődésénél, vagy teljes hiányánál néha teljesen jól kifejlődött emlők találhatók.

¹ Idézve *Kehrer*-től (Ueber gewisse synchrone Nervenerscheinungen stb. 238. l.)

Végül még reá kell mutatnom azokra a körülményekre, a melyekben a terhességen, valamint a fent vázolt egyéb körülményeken kívül is észlelhető tejelválasztás. Ezek ismertetése nem tartozik ugyan szorosán vett tárgyam keretébe, de mint-hogy azok a tejelválasztás indító okára némi fényt vetnek, fel-
említésüket nem tartom mellőzhetőnek. Ilyen a tejelválasztás újszülötteknél az ú. n. boszorkánytej alakjában, a mi egészen rendesnek mondható jelenség úgy leány-, mint fiúgyermekeknél; még nem szült, nem terhes nőknél, sőt virgókánál, fiatal leányoknál; régen nem szült és nem szoptatott, a klimaxon túl lévő öreg asszonyoknál; férfiaknál; úgyszintén soha sem ellett nőstény állatoknál vagy pedig him állatoknál. Az irodalomban mindezekből számos jól észlelt, megbízható eset van felemlítve, a melyeket többször idézett munkámban (445—460. l.) behatóan tárgyaltam.

Mindezekben az esetekben valamely (a tejmirigy vasomotoros idegei útján¹ ható) „külső inger“ okozta a tejelválasztást (a genitáliákkal összefüggésbe hozható tejelválasztást „belső inger“ útján létrejöttek mondanám); ily ingerek: szopási kísérletek csecsemőtől, felnőttől, állattól; az emlőre alkalmazott izgató izmok és eljárások² (csalánnal való dörzsölés, erőyes fejés, sinapismus, vesicantia, ricinuslevelek stb.); valamint (az újszülöttek tejelválasztásánál) egy a tejkivezető csatornát elzáró szarúcsap kilökődése (Basch).

Irodalom.¹

Aitken: Med. Times and Gazette. 1857. I. 360. — *Amann jun.: Einige Versuche mit dem elektrischen Schröpfkopf. Centralbl. f. Gynäk. XIV. 1890. 761—765. — *Basch Karl. Beiträge zur Kenntniss d. menschl. Milchapparates. Arch. f. Gynäk. XLIV. 1893. 15—54. — *Bäcker József és Temesváry Rezső. Tanulmányok a gyermekágy köréből. Orvosi Hetilap. 1888. 777—781., 813—818. és Archiv f. Gynäk. XXXIII. 1888. 374—386. — *Beatson George T. On the treatment of inoperable case of carcinoma of the mammae. Lancet. 1896. jul. 11. 18. — *Beatson George Thos. The treatment of cancer by oöphorectomy and thyroid extract. Brit. Med. Journ. 1901. II. 1145—1147. — *Bell Robert. Brit. Gynaec. Journ. XII. 1896—97. 157—170. és Internat. Med. Mag. V. 1896. 376—386. — *Ref. Wiener therap. Wochenschr. 1896. Nr. 28. — Bert Paul. Présence du sucre dans l'urine après l'accouchement chez une chèvre privée de mamelles. Comptes rendus. Soc. de biol. XCVIII. 1883. No. 13. és Glycosurie après l'ablation des mamelles. Gaz. des Hôp. LVI. 1883. 261. — *Bouchacourt L. La grossesse. Paris 1901. 184. — *Boyd. Remarks on oöphorectomy in the treatment of cancer of the breast. Brit. med. Journ. 1899. febr. 4. — *Boyd Stanley. On oöphorectomy in cancer of the breast. Brit. med. Journ. 1900. II. 1161—1167. — *Boyd Stanley. Oöphorectomy in cancer of the breast. Brit. med. Journ. 1902. I. 110—111. — Busch H. Das Geschlechtsleben des Weibes. Leipzig 1839. — *Cheyne Watson. Two cases of oöphorectomy for inoperable breast cancer. Brit. med. Journ. 1898. máj. 7. — Crouse. Amer. Journ. of Obstetrics 1902. szept. p. 309. — *Ref. Der Frauenarzt. XVIII. 1903. 16. — Donald. Oöphorectomy for breast cancer. Manchestr. Med. Soc. 1901. decz. 4. — *Ref. Brit. med. Journ. 1902. I. 22. — *Edmunds Valter. A case of inoperable cancer. Lancet. 1902. 888—889. — Fischl. Ueber einen Fall von Adenofibrom der weiblichen Brustdrüse. Diss. München 1882. — *Ref. Centralbl. f. Gynaek. IX. 1885. 15. — *Fraenkel L. Die klinische Bedeutung der Lactationsatrophie des Uterus. Archiv f. Gynaek. LXII. 1900. 121—152. — *Freund H. W. Der elektrische Schröpfkopf. Ein Apparat zur Erregung von Wehen. Centralbl. f. Gynaek. XIV. 1890. 460—463. — *Freund Hermann W. Ueber die Beziehungen der Schilddrüse und der Brustdrüse zu den schwangeren u. erkrankten weiblichen Genitalien. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. XXXI. 1891. 446—460. — *Freund H. W. Erfahrungen mit dem elektrischen Schröpfkopf. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. IV. Congr. Bonn 1891. Leipzig 1892. 393. — *Freund H. W. Die Beziehungen der weibl. Geschlechtsorgane in ihren physiol. u. path. Veränderungen zu anderen Organen. Lubarsch u. Ostertag. Ergebnisse d. allg. Path. III. 1896. 2. Wiesbaden 1898. 170—410. — Freund W. A. 38. Jahresbericht der schlesischen Gesellschaft für vaterl. Cultur 1860. 139. — Friederich. De nova quadam part. praemat. celebrandi methodo. Diss. Rostock 1839. — *Frommel Richard. Ueber puerperale Atrophie des Uterus. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. VII. 1882. 305—313. — Gauthier id. Bouchacourt munkájában. — Germann. Scanzoni's Beiträge zur Geburtskunde. 1853. I. 81. Ref. Schmidt, Jahrbücher LXXXI. 1854. 260. — *Gessner. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynaek. zu Berlin. 1896. máj. 22. Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynaek. XXXV. 1896. 164. — *Goltz Fr. u. Freusberg A. Ueber den Einfluss des Nervensystems auf die Vorgänge während der Schwangerschaft u. des Gebärahts. Pflüger's Archiv f. Physiol. IX. 1874. 552—565. — *Goltz Fr. u. Ewald L. R. Der Hund mit verkürztem Rückenmark. Pflüger's Archiv. LXIII. 1896. 362—400. — *Goulden Frank L. Scirrhus of the breast during pregnancy. Brit. med. Journ. 1878. I. 560. — *Grüner Franz. Beitrag zur Lehre von der Lactationsatrophie des Uterus. Diss. Breslau 1900. — *Halban Josef. K. k. Gesellschaft d. Aerzte in Wien. 1899. decz. 1. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1899. 1243—1244. — Ueber

d. Einfluss der Ovarien auf die Entwicklung des Genitales. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. XII. 1900. 496—506. — *Hansen Th. B. Ueber die puerperale Verkleinerung d. Uterus. Zeitschrift f. Geburtsh. XIII. 16. — *Herman G. Ernest. A case of recurrent cancer of the breast treated by oöphorectomy and thyroid extract. The Lancet. 1898. I. 1612—1613. — *Herman G. Ernest. Four cases of recurrent mammary carcinoma treated by oöphorectomy and thyroid extract. Brit. med. Journ. 1900. II. 1167—1168. — *Herman G. Ernest. Oöphorectomy in mammary cancer. Brit. med. Journ. 1901. II. 1150—1151. — Hohl. Ueber Placenta praevia u. über künstliche Frühgeburt. Deutsche Klinik 1853. 17., 18., 21., 22. Ref. Schmidt Jahrbücher. LXXIX. 1853. — *Horne, J. Fletcher. Scirrhus of the breast during pregnancy. Brit. med. Journ. 1878. II. 662—663. — Horwitz. Fall von frühzeitiger Pubertät mit Schwängerung und Geburt. St. Petersburger med. Zeitschrift. XIII. 1867. 9. u. 10. Heft. 220. Ref. Schmidt's Jahrbücher. CXXXVIII. 1868. 327, 328. — Howitz F. (Säugung an den Brustwarzen als Behandlung der Fibromyomata uteri) Ugeskrift for Læge. 1895. — Ref. Centralbl. f. Gynaek. 1895. — Ikeda J. Zur Superinvolution des Uterus durch Laktation. Med. Woche. 1901. 6. sz. Ref. Centralbl. f. Gynaek. XXV. 1901. 775—776. — *Kehrer Ferd. Adolph. Versuche über Castration u. Erzeugung v. Hydrosalpinx. Kehrer's Beiträge zur Geburtsh. u. Gynaek. II. 1887. 282—292. — *Kehrer F. A. Ueber gewisse synchrone Nervenerkrankungen und cyklische Vorgänge in den Genitalien und anderen Organen. Beiträge zur Geburtsh. u. Gynaek. IV. 1901. 228—242. — *Knauer Emil. Ueber Ovarientransplantation. Wiener klin. Wochenschr. XII. 1899. 1219—1222. — *Knauer Emil. Die Ovarientransplantation. Archiv. f. Gynaek. LX. 1900. 322—376. — *Knopfmacher Wilhelm. Ueber die Auslösung der Milchsecretion bei Mutter u. Kind. Jahrb. f. Kinderheilk. LVI. 1902. 791—795. — *Langheinrich L. Germann közleményét. — *Leinstein Willibald. Frühzeitige Atrophie des gesamten Genital-Apparates in einem Fall von Morphinum-missbrauch. Centralbl. für Gynaek. XI. 1887. 633—639, 841—844. — *Lücke. Ueber Entstehen u. Wachstum von Geschwülsten während der Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geburtsk. XIX. 1862. 261—267. — *Mc. Nicol Daniel. Treatment of carcinoma of the female mamma by oöphorectomy and thyroid extract. Brit. med. Journ. 1901. II. 1439. — Mercier. Bull. de la Soc. d'Obstetr. de Paris. 1899. 164. — Mironow R. De l'influence du système nerveux sur le fonctionnement des glandes mammaires. 1895. Ref. Virchow-Hirsch Jahresh. XXX. 1895. I. 182. — Mollath G. Klinische experimentelle Untersuchungen über die wehenregende und befördernde Wirkung des elektrischen Schröpfkopfes. Wiener medicin. Blätter. 1891. Nr. 11—15. és Centralbl. f. Gynaek. XV. 1891. 823—824. — *Mollath G. Wiederholte erfolgreiche Einleitung d. künstlichen Abortus mit dem elektrischen Schröpfkopf. Centralbl. f. Gynaek. XVII. 1893. 605—610. — Müller Peter. Bemerkungen über physiologische und pathologische Involutionen d. puerperalen Uterus. Festschr. f. Albert v. Kölliker. Leipzig. 1887. 205. — *Ref. Schmidt's Jahrbücher. CCXVII. 1888. 250. — *Müller Peter. Die Krankheiten des weiblichen Körpers. Stuttgart 1888. 401—404. — *Naegeli O. Ueber individuelle Schwangerschaftszeichen etc. Münch. med. Wochenschr. XLVII. 1900. 837. — *Orschansky I. Die Vererbung. Stuttgart 1903. 328—333. — Paterson. Idézve Pfister Max munkájában. — *Paton E. Percy. Two cases of inoperable scirrhus of the breast by oöphorectomy; results. Brit. med. Journ. 1902. 508. — *Pfister A. Die Wirkungen der Castration auf den weiblichen Organismus. Diss. Berlin 1898. és Archiv f. Gynaek. LVI. — *Pfister Max. Ueber die reflektori-schen Beziehungen zwischen Mammae und Genitalia muliebra. Beiträge zur Geburtsh. u. Gynaek. V. 1901. 421—447. — Puech. Acad. des Sciences 1861. decz. Gazette des Hôpitaux. 1863. apr. 21. Idézve *Krieger. Die Menstruation. Berlin 1869. 141. és *Court, Traité pratique des maladies de l'utérus. Paris 1866. 389—390. — *Rein G. Beiträge zur Lehre von der Innervation des Uterus. Pflüger's Archiv. XXIII. 1880. 68—84. — Ribbert H. Ueber Transplantation von Ovarium. Hoden u. Mamma. Archiv für Entwicklungsmechanik. VII. 1898. 688. — Rigby Edward. (Sympathie zwischen dem Uterus und den Brüsten.) London med. Gaz. 1834. — *Ref. Schmidt's Jahrbücher. 1834. IV. 195. — *Routh Amand. On the interaction between the ovaries and the mammary glands. Obstetr. Soc. Transactions XXXIX. 1899. 191. British med. Journ. 1899. II. 832—833. — *Routh C. H. Sur quelques maladies de la matrice considérées comme causes de maladies sérieuses, surtout le cancer des mamelles. Congrès de gynécologie et d'obstétr. I. Bruxelles 1892. Bruxelles 1894. 494—496. — Sack. Ueber eine künstliche Frühgeburt durch neueste Methoden. Deutsche Klinik. XL. 1853. — *Ref. Schmidt's Jahrb. LXXXI. 1854. 70—71. — Savory. Scirrhus commencing during pregnancy. St. Bartholomew Hospital 1878. aug. 8. — *Ref. Brit. med. Jour. 1878. II. 358. — Scanzoni. Ein neues Verfahren zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Verh. d. physik.-med. Gesellsch. in Würzburg. IV. H. 1. 1853. 11. — *Ref. Schmidt, Jahrb. LXXXIX. 1853. 194. — *Schein Moritz. Anregung der Milchsekretion durch Massage der Bauchdecken. Wiener klinische Wochenschr. 1898. Nr. 18. — Schell. Indication und Ausführung des künstl. Abortus. Diss. Strassburg 1891. Ref. Frommel's Jahresh. VI. 1892. 127. — Schwab. Deux cas d'aménorrhée coïncidant avec une galactorrhée persistente. Soc. d'Obstétr. de France. 1901. apr. 11. — *Ref. L'Obstétrique VI. 1901. 242—243. — Shober John B. The use of mammary gland in the treatment of fibroids of the uterus etc. Ann. Journ. of Obst. XXXVIII. 1898. No. 3. — The physiologic and therapeutic action of extract of mammary gland. The Medical News. 1898. aug. 27. — *Shober John B. Remarks on the use of mammary gland etc. in gynaecology. Americ. Journ. of Obstetr. XXXIX. 1899. 173—175. és Philad. med. Jour. 1899. nov. 11. Ref. Centralbl. f. Gynaek. 1900. 1253. — Sinclair W. I. Some effects of long continued lactation upon the ovaries and uterus. The med. Times and Gaz. 1880. II. 260. — *Ref. Centralbl. f. Gynaek. 1881. 9.

¹ A *-gal jelölt munkákat elolvastam.

Des effets de la lactation prolongée sur les ovaires et l'utérus. Med. News 1886. jan. 9. Archives de Toxol. XIII. 1886. 18. — *Soeterik*. (Tod per Frucht in Folge des Saugens an den Brüsten vor der Entbindung.) Nederl. Tijdschr. voor Verloosk. II. 374. *Ref. Schmidt's Jahrb. LXXV. 1852. 325. — **Sondheimer I.* Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Elektrische Reizung der Brustwarzen. Münch. med. Wochenschr. 1894. 409–411. — *Starcke H.* Ueber einen künstlichen Abort etc. Diss. Strassburg 1896. *Ref. Frommel's Jahresb. X. 1896. 777. — **Temesváry Rezső*. A tejelválasztás és szoptatás élet- és kórtanának kézikönyve. Budapest 1901. — **Thorn Wilhelm*. Beitrag zur Lehre von der Atrophia uteri. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. XVI. 1889. 57–105. — *Zur — Laktationsakrophie des Uterus. Centralbl. f. Gynaek. 1894. 716–719. — **Atrophia uteri*. Encykl. f. Geburtsh. u. Gynaek. von Herff u. Säger. Leipzig 1900. 76. — *Vineberg*. Lactation atrophy of uterus. American Gynaecology. I. 1902. — *Vogt H.* Kunstig fortidlig Foedsel ved trangt Baekken. (Künstliche Frühgeburt bei engem Becken.) Norsk Magaz. f. Laegevid. 1895. 349. *Ref. Monatschrift f. Geburtsh. u. Gynaek. IV. 1896. 363. — **Williams W. Roger*. Oophorectomy in cancer of the breast. Brit. med. Journ. 1902. I. 111–112. — **Wilson D.* Scirrhus of the breast during pregnancy. Brit. med. Journ. 1878. II. 474. — *Winicarter*. Beiträge zur Statistik der Carcinome. Stuttgart 1878.

Közlemény a szt. Rókus-kórház szülő és nőbeteg osztályáról.
(Főorvos Elischer Gyula, egyet. ny. rk. tanár.)

Adenoma tubae operált két esete.¹

Nádory Béla dr. alorvos.

A mióta *Recklinghausen* a tuba adenomyomait és adenokystomáit leírta, azóta egyre szaporodnak az idevágó esetek ismertetései. *Recklinghausen* ez újképződéseket organoid tumoroknak tartja, a melyek a Wolff-féle testből veszik eredetüket. Ennek bizonyítására három körülmény szolgál. Az adenomyomákban a mirigycsővescskék fésűszerű elrendeződést mutatnak, épen úgy mint a Wolff-féle csatornában s ezek maradványaiban, a parovariumban és a mellékhérében; sőt kedvező esetekben jól megkülönböztethetők a csatornák egyes részletei is, mint a csavarodott elválasztó, s az egyenes gyűjtőcsővescské, meg a főcsővescské is. Továbbá a cysta-képződés nemcsak alakra nézve analog az epioophoron kis cystáival (ampullák, végcysták), hanem a barna cysta-tartalomra nézve is, melyben majdnem mindig vannak pigment-testecskék. Végül néhányszor pseudoglomerulusok is voltak láthatók, hasonlóan az ősvésében található involutiós glomerulusokhoz. R. talált a tubasarkokban mirigycsővescskéket tumor nélkül, myomás képződmény nélkül is.

Az újabb szerzők közül *Muskat* egy véleményen van R. nel. Kétoldali pyosalpinxnál, myomás burjánzások között, csillószőrös hámmal bélelt epithelialis képződményeket talált, melyeket a Wolff-féle testből eredőknek tart.

A többi szerző nincs R. véleményén. Így *Franqué* két esetet ír le, a melyek közül az egyikben salpingitis nodosa isthmica volt, a melynél a mikroszkopos vizsgálat azt mutatta, hogy a tubafalban chronikus lefolyású tuberculosis van és a mucosának chronikus, interstitialis gyuladása, valamint számos kitérkedése a tuba epitheliumának, melyek újonnan képződött izomzat között sokszorosan szétágazódó csőrendszerbe, az adenomás szövetbe mennek át. A másik esetben egy V. terhes nő tubájában fejlődött az adenoma, a mely öt különböző helyen volt összeköttetésben a tuba lumenével. *Gottschalk* ehhez hasonló esetet ír le. A mesosalpinx lemezei között és az alig megvastagodott isthmus tubaiban kiterjedten csővescské és kis cysták láthatók, melyek csillószőrös hengerhámmal vannak bélelve. *Opitz* pedig egy adenomyoma tubaeról referál, a melyet egy portiocarcinoma miatt exstirpált méh mindkét tubájának isthmusában talált. Az adenomyoma mirigycsővei itt is sokszoros összefüggésben vannak a tuba epitheliumával.

Ez esetekre tehát nem illik a R.-féle theoria, az ősvésőtől való eredést illetőleg.

Első esetünk, melyről most szó lesz, szintén nem bizonyít a R. theoriája mellett.

A beteg (32,282/1902. f. sz.), kitől az egyik praeparatum ered, 28 éves, II. szült nő, kit három hét óta tartó véres folyás és fél év óta fennálló alhasi fájdalmak miatt vettünk

fel az osztályra. A portio felpuhult; a belső méhszáj egy újj-perczet befogad. A méhtest a rendesnél nagyobb, legömbölyített, rendes helyzetű. A méh bal sarkával egy ökölnyi, karélys, rugalmas, éles határu tumor függ össze, mely nem igen mozgatható és érzékeny. Tehát abortus incompl. mens. I–II. és tumor adnex. lat. sin.-vel van dolgunk. Óvatos curettage-zsal bő mennyiségű burokczaftat távolítunk el. Nyolczadik napra a nő felkel s naponta alkalmazott fürdő, Priessnitz, forró hüvelyöblítés és massage-zsal igyekszünk az adnextumor okozta fájdalmakat enyhíteni. Három hét múlva sem kisebbedett azonban valami észrevehetően a tumor, s a fájdalmak sem engedtek eléggé, úgy hogy ekkor már a nő maga kérte műtéttel való meggyógyítását.

1902. november hó 20-dikán főnököm laparotomiát végzett a betegen. A hüvelykujj vastagságú jobboldali tuba, az ovariummal összekapaszzkodva, a Douglasban van fixálva, széles álhártyák útján; mikből kiszabadítva, az ovarium resectioját és a tuba amputatioját végzi *Elischer* tanár. Az ökölnyi bal tuba a nagy diónyi ovariummal vastag, széles álhártyák között fekszik, honnan kiszabadítva, teljesen eltávolíttatnak. A tubazsák sűrű, sárgás-zöldes genynyel telt. Teljesen sima lefolyás után a nő három hétre e műtét után, jó közérzettel, hasfájdalmak nélkül, hagyta el osztályunkat.

A nő habitusa s a tubazsák makroszkopos lelete is esetleges tuberculosisra híván fel a figyelmet, a kórházi prosectura részéről Hollós dr. tanársegéd mikroszkopice is megvizsgálta a bal tubát. Ennek eredménye a következő: idült salpingitis forog fenn, a falzatnak nagyfokú megvastagodásával és a mucosa hypertrophiájával; utóbbi részint gömbsejtes, részint genysejtes kiterjedt infiltratiót mutat. A tubát bélelő felhám mélyen beburjánzik és helyenkint nagyobb cystákat képez. Vannak egyes részletek, a hol heges, rostos kötőszövetbe ágyazott, szabályos, hengerhámmal bélelt csövek láthatók.

Tumor, vagyis myomás burjánzás nélküli, adenomás képződmények vannak itt jelen, melyeknek összefüggése a tuba epitheliájával jól kifejezett lévén, szintén azt kell tartanunk, hogy a lobos izgalom hozta létre az adenomát s ez nem a Wolff-féle testből eredő képlet. Ezt annyival is inkább feltehetjük, mert a R. leírta, fentebb említett, három bizonyító momentum közül egyik sem található meg ez esetben.

Másik esetünk: Graviditas tubaria rupta a II. hóban volt, melynél laparotomiát végeztem.

A 29 éves nő (17953/1900.), 19 éves kora óta, 4 hetenkint, 2 napi tartammal, rendszeren menstruált. 8 év óta steril házasságban élt.

1900. év július hó közepén volt 2 napig tartó, rendes menstruációja. 1900. augusztus 14-dikén csak pár cseppnyi vérzés mutatkozott. Ezután menopausa állott be, míg 1900. október hó 12-dikén hirtelen rosszul lett, heves, göresszerű alhasi fájdalmakkal s elájult; genitáliáiból véres folyás indult meg. Fekvésére állapota javult, úgy hogy a következő 2 napon ismét rendben végezhetette házi dolgait. Október 15-dikén reggel, dolog közben, ismét hirtelen rosszul lett, nagy hasfájdalmakkal, gyengeség érzetével s 2 ízben hányt is, mire délben a mentők osztályunkra szállították.

Ekkor már a jól táplált, de halotthalvány arcú, szerdes ajkú, ájulódozó nő radialis pulsusa nem tapintható. Bimanualis vizsgálatnál a portio 2 cm.-nyi, a méhszáj kissé felpuhult szélű, ujjhegynyi gödröcs. A vastag hasfalakon át a méhtest nem tapintható ki tisztán; úgy látszik, rendes helyzetű. Körülötte, az alhasat kitöltő, köldökig érő, diffúz határu, puha tumor bényomását tevő resistentia tapintható. A fornixok nincsenek ledomborítva. Az alhas igen érzékeny. Külső vérzés nincs.

Ezek alapján tehát: rupturált extrauterin graviditással lévén dolgunk, a súlyos acut anaemia miatt, rögtön laparotomiát végeztem a nőn. Közben kámfor-, aether-injectiók és meleg lepedőkkel való körültakarás. A belek közül s a kis medenezéből egy liternél több friss véralvadékat és hig vért távolítunk el. A jobboldali tuba uterus felőli harmadában van a diónyi pete. A tuba hátsó falán körülbelül 1.5 cm.-nyi repedés. Előhúzás közben kibugygyan az ép burkokban az

¹ A budapesti kir. Orvosegyesület gynaekologikus szakosztályának. 1903. január 20-diki ülésén tartott bemutató alapján.

embryo is. A tuba ampullaris vége az ovariummal együtt, a jobb oldali csipő-keresztvájulatban, széles adhaesiók közé van ágyazva. A baloldali, megvastagodott adnexum is hasonlóképp van fixálva s a Douglast is széles adhaesiós kötegek hidalják át, a méhet a keresztcsont vajúlatához rögzítve. A terhes tubát, a petétől kétoldalt, catgut-tel lekötve, exstirpáljuk, mire a még mindig tartó vérzés megszűnt. A lig. latum lemezeit, befödve velök a két kis csontot, catgut-szücsvarrattal egyesítem. Hastoilette után 2 liter steril physiologiai ClNa-oldatot öntök a hasüregbe. Hasvarrat. Kötés.

A nő a 16-dik napon felkel s a 19-diken gyógyultan hagyja el a kórházat.

Ismertes dolog, hogy minden oly körülmény, mely megakadályozza a tubának az ovariumra való hajlását az ovulatio idején: ectopikus terhesség létrejövését okozhatja. Ha pedig be is jut az ovulum a tuba abdominalis felébe, annak a méh felé való haladását s a méh üregébe való jutását megakadályozhatják, az adnexa adhaesiói, mint a salpingitisekkel gyakran járó részleges és ismételt peritonitisek következményei. Ez adhaesiós kötegek a tuba különböző szögbetöréseit s lumenének szűkületét vagy teljes elzáródását vonják maguk után. Ez utóbbit megteszi a tuba falának lobos infiltratioja is. A salpingitissel még a csillóhám tönkremenése is jár s így teljesen elesik, vagy csak meggyöngül a csillószőröknek a méh felé irányított oscillálása, minek következtében az ovulumnak a méh felé való haladása meg van nehezítve; de a spermatozoáknak a tubába jutása s abban tovább haladása meg van könnyítve, nem működven az azokat visszatartó ellenáramlat.

Dührssen és Schau'a azt tartják, hogy a terhes tuba, az esetek háromnegyed részében, már a terhesség beállta előtt volt megbetegedve. A salpingitisnek pedig leggyakoribb oka a gonorrhoea. Longyear ebből magyarázza, hogy miért gyakoribb a méhen kívüli terhesség a nagy városokban, mint a vidéken, a hol a gonorrhoea nem oly elterjedt, mint azokban.

Esetünkben is azt látjuk, hogy mindkét oldali adnexum adhaesiós szalagokkal rögzítve van; a mi mindennek szerint is salpingitis következményeképp fejlődött. Hogy e nő gonorrhoeát állott ki, megtudjuk bemondásából, mely szerint házassága második havában gyakori, fájdalmas vizezése volt, mely baja több héten át tartott; vulvája duzzadt s igen fájdalmas volt stb. Tehát itt is a gonorrhoeát okolhatjuk a méhen kívüli terhesség létrejöttéért.

A kimetszett tubarészlet mikroszkopos vizsgálatából azonban az derül ki, hogy a tuba mucosája teljesen ép, nincs lobosan infiltrálva. Azonban az isthmikus végben hengerhámmal bélelt, szabálytalan alakú, kisebb-nagyobb ürok láthatók az izomrétegben, melyek körül az izomsejtek sűrűbb, compactabb réteget, mintegy övet képeznek. Vagyis a Recklinghausen-féle myoadenoma van jelen, melyre nézve elfogadhatónak látszik a Wolff-féle testből való eredés, a tuba falában sehol sem lévén a lobosodásnak semmi jele.

A budapesti kir. Orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

XL. ülés 1903. január 20-dikán.

Elnök: Elischer Gyula; jegyző: Tóth István.

Elnök megnyitja az ülést és a jegyzőkönyv hitelesítésére Kubinyi és Nádory dr.-okat kéri fel.

Következnek a bemutatások.

I. Nádory Béla: Adenoma tubae két esete. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Tauffer Vilmos: A II. esetre vonatkozólag kérde, hogy fibromás túltengésről beszélt-e bemutató, vagy adenofibromáról.

Nádory: „Fibrosus kötőszöveti túltengés”-ről szolt.

II. Dirner Gusztáv: Hysteromyomektomia esete 21 éves nőnél.

A myoma uteri a huszas évek elején magában véve is

ritka, de még ritkább az, hogy az indicatiót a beavatkozásra aránylag kicsiny, intramuralis myománál a fájdalom adja meg. Ezenkívül még az is reáindít, hogy ez esetről itt beszámoljak, mert diagnostikus szempontból is érdekes momentumai vannak.

Cs. B.-né földmívelő neje, 21 éves, Nagy-Figedről, a ki 1 éve szült először, 1902. október 7-dikén következő panaszait adja elő: már a mikor 14 éves korában először kapta meg havi baját, alhasának jobb oldalán fájdalmat érzett, a mely mindig 2—3 nappal tovább tartott, mint menstruatioja; 2—3 év múlva a fájdalmak 10—15 napig eltartottak s hevesebbek lettek; 19 éves korában férjhez ment, grávida lett s ekkor fájdalmai teljesen szüneteltek, éppen úgy a szoptatás ideje alatt.

Mióta a havi baja megjött, a fájdalom is újra beköszönt, de most 2—3 héig tart és kínzóbb, úgy hogy se aludni, se enni nem tud.

Menstruatioja négyhetenként, 4—5 napig tart, két év óta sok vérvesztéssel jár.

Október 8-dikán talált status a következő: Portio mélyebben; corpus uteri a terhesség nyolczadik hetének megfelelő nagyságban, igen kemény, gömbölyded, dudorodást nem mutat, csak a jobb sarok tűnik keményebbnek; minden irányban jól mozgatható, nem fájdalmas, környezete szabad. Sonda kissé balra térve csak 8 cm.-nyire halad fel.

Beteg igen heves fájdalmakról panaszkodott felvételekor, a mikor mensese még tartott. Diagnosisom azért oda hajlott, hogy submucosus myomával van dolgunk, a minek eldöntésére október 9-dikén laminariát helyeztem a méhürbe, hogy azt kitapinthatassam, és ha kell enukleáljam a myomát. Ismételt és többes laminaria behelyezése után október 11-dikén kitapinthatam a méhüregét és azt egészen normalisnak találtam, kivéve hogy balra tolta azt a méh jobb sarkában és fundusában intramuralisan ülő, diffus myomás gócz.

Azt hittem, hogy ezzel véget ért az én teendőm; de a betegnél folyton tartó, kínzó fájdalmak, a melyek miatt morphint kellett adnunk, arra indítottak, hogy október 16-dikán laparotomiát végezzek nála, azzal a célzattal, hogy a fibromát enukleálom, de uterusát megtartsam.

A has megnyitása után a méh anatómiai megjelenése feltevésemben megerősített és én a fundus jobb sarkán reámetasztam az igen kemény daganatra, a mikor késem nyomában hirtelen, nagy sugárban, egészen feketés folyadék fecskendett ki a megnyitott üregből.

Bevallom, hogy zavarba jöttem, mert azt hittem, terhes méhbe vágtam bele. A kitapintott méhüregről bizonyos voltam ugyan, hogy üres volt, de vajjon nem egy elzáró mellékszárva a méhnek nyitottam-e meg? A megnyitott üreg közelebbi vizsgálása ez iránt nem nyújtott mindjárt felvilágosítást, sőt szabad szemmel úgy látszott, hogy mucosászerű az üreg bélelése. Az bizonyos volt, hogy graviditás kérdése ki van zárva.

Legközelebbi tervem most már az volt, — miután a bemetszés helyén myomás gócznak laza capsuláját nem különböztethettem meg — hogy ezt az üreget éalakban kimetszem és egyesítem, hogy az uterus megtarthassam.

A kimetszés kísérleténél azonban nyilvánvaló lesz, hogy tok nélkül való, diffus myomával van dolgom, a melyet sem enukleálni, sem kimetszeni nem lehet, úgy hogy a méh totalis exstirpatiojára kellett magamat elhatározni, a mit könnyen és tipikusan lehetett végezni. Az adnexumokat meghagyhattam, csak a jobb ovarium néhány nagyobb folliculusát pungáltam meg. A hüvelyboltozat sebén át jodoformos gaze-csikot helyeztem a hüvelybe és a parametrium helyére, de fölötte a peritoneum széleit egyesítettem.

A has toilettejénél került szemem elé a hosszú, vastag feregnyújtvány, a melynek csúcsában szőlőszemnyi keményebb tömeg volt tapintható. Lege artis eltávolítottam tehát egyúttal ezt a megbetegedett szervet is.

A hasfalat három rétegben, selyemmel varrtam.

A lefolyás a legkisebb zavar nélkül történt. A hüvelyből a gázot október 18-dikán vettük ki; a bőrvarratokat október 23-dikán, 7-dik napon, az első kötészváltotásnál távolítottuk el, prima intentio mellett. Az operált november 3-dikán, a 18-dik napon kelt fel és 6-dikán elbocsáttatott, a mikor a hüvelyboltozat

puha, resistentia sehol se tapintható. Azóta is — a mint néne hírül hozta — teljesen jól érzi magát.

A szóban forgó daganaton és üregén azóta mikroskopos vizsgálatot is végeztünk és kitűnt, hogy tok nélküli, diffuse fejlődött myomával van dolgunk, a melynek közepében nekrosis folytán szövetlágyulás és vérzés történt. A cysta felé tekintő szélén mérsekelt fokú gömbszerű infiltráció kívül, a szövet közé történt szabad vérzés nyoma gyanánt vörös vérsajt-tömegeket látunk a szövetközi ürökben. A daganatnak szorgosabb átvizsgálásával lesz csak eldönthető, vajjon nem tartozik-e ez a daganat a *Recklinghausen*-tól első ízben systematikusan leírt és azóta Herff, Ito, Pick, Neumann és másoktól ismertetett *adenomyomák* közé, a melyek embryonalis eredetűek, az ősvese elszórt maradványaiból valók. A daganat organoid megjelenése, helye és viselkedése e mellett szólanak.

Tóth István: Azt hiszi, hogy míg nincs a daganat histologice megvizsgálva, a dologhoz hozzájárulni nem igen lehet, mert a tumor növekedése csaknem malignitás mellett szól. Ha a daganat nem malignus, 21 éves nőnél még ilyen fájdalmak mellett sem csinált volna totalexstirpációt.

Tauffer: A fájdalmak minőségét illetőleg gyakran észlelt egy jelenséget, melyet a myomák vándorlási fájdalmának nevezett el. Ha éveken keresztül észlelünk egy nőt, kinél az uterusban egy kicsiny fibromagóc fejlődik, az egy idő múlva fájdalmakról kezd panaszkodni, a melyek a fibroma helyére localizálódnak, fokozódó fájdalmak mellett a daganat folyton növekedik és végre a fájdalmak teljesen megszűnnek, a tumor subserosussá vált. Természetesen a fibromának ezen vándorlását csak éveken át való megfigyelés mellett észlelhetjük. — Ilyen fájdalmak voltak jelen *Dirner* esetében is. Ezen fájdalmak nem mindig ilyen kifejezettek. Lényegükben méhösszehúzóási fájdalmak, melyek főképp a menses alatt jelentkeznek, vagy a menstruatio megindulása előtt, néha a menses lepergése után. Tudtommal erre a myomavándorlási fájdalomra más még nem mutatott rá.

Neumann: *Tóth* azt mondta, hogy indokoltnak látna a daganat kiirtását, ha malignus. Az adenomyomák mint olyanok nem malignusok, hámelemeiknél fogva azzá lehetnek.

Tóth: Ezt a kifejezést használta „csaknem malignus növekedés”, nem pedig histologice értette.

Dirner: Igaz, hogy kiemelte, hogy a fájdalom indította a műtétre, de meg van győződve, hogy ha más látna volna ezeket a fájdalmakat, az is műtétet végzett volna. A beteg profus vérzésekről is panaszkodott, ez azonban nem adott indikációt a műtétre. A vizsgálatnál meggyőződött, hogy sem submucosus, sem subserosus gócz nincs jelen, hanem intramuralis diffus fibromának tartotta.

III. Rajnai Béla: Cutis pendula a vola manus szélén, újszülöttnél.

T. szakosztály! Engedjék meg, kérem, hogy egy, bár magában véve igen jelentéktelen, de tudtommal — különösen a szülészeti gyakorlatban — ritkán előforduló elváltozásra szíves figyelmüket felhívjam. Ezen elváltozást a *Dirner* tanár vezetése alatt álló budapesti bábaképző intézetben, a terhesség hetedik hónapjának végén, folyó hó 11-dikén, halva született fiúgyermeknél észleltük, kinek méhen belüli elhalására vonatkozólag az anyja felvétele alkalmával (folyó hó 8-dikán) történt kikérdezés útján csak annyiban nyertünk felvilágosítást, hogy öt nappal előbb súlyosabb tárgy emelése után hüvelyéből bő vérzése támadt, minek nyomát vagy ismétlődését azonban se ő, se mi nem észleltük jelentkezése óta. A szülés lefolyása annyiban volt érdekes, hogy a méhen belül elért korához mérten eléggé jól kifejlődött fiúmagzat (hossza 44 cm., súlya 1740 gm., fejkerülete 28.5 cm.) harántfekvésben helyeződött ugyan el a méhben; de a négy óráig tartó kitolási időszak alatt spontán evolutioval született meg.

E magzat jobb keze tövén, az V. metacarpo-phalangealis ízületet fedő bőr külső széléből kiinduló, a vola manus határán, körülbelül 3 mm. széles alappal induló, majd 1 mm.-nyire elvékonyodó, körülbelül 1/2 cm. hosszú bőrkocsány végén szabadon lógó, ép bőrrel fedett, felületén egy-két vonalalakú barázdát s kis köldökszerű behúzódat feltüntető, érett cseresznye nagyságú, tömött izom tapintatú daganat látható.

E daganat bemutatása lévén feladatom, nem térhetek ki bővebben annak a fejtegetésére, vajjon minő provenienciájú képlettel van dolgunk. Különben is korlátozna e törekvésemben az a körülmény, hogy e készítményt *Dirner* tanár a II. számú kórboncolástani intézet muzeuma számára engedvén át, szövet-tani vizsgálatát tehát a makroszkopikus kép kiemelése végett mellőznöm kellett.

Annyi azonban bizonyosnak tetszik, hogy itt egy a bőr

alatti szövetrétegek kötőszöveti elemeinek helybeli, körülírt túlbujánzása okozta daganattal állunk szemközt, akár egyszerűen az úgynevezett areolaris szerkezetű kötőszövetből fejlődött, lágy fibroma (fibroma molluscum, cutis pendula), akár pedig a bőr alatti zsíros kötőszövet hypertrophiája útján létrejött úgynevezett lipoma pendulum vagy pendulans (naevus lipomatodes) legyen is az. A magzat intrauterinalis fejlődésével párhuzamosan baladt e daganat növekedése is, míg végre ránezot emelt a bőrön, majd súlyánál fogva a ránezot nyújtotta, vonta, úgy hogy a kezdetben széles alapon ülő, kisebb daganatnak megfelelő bőrréteg alapja az idővel megnagyobbodott, megsúlyosbodott daganat kocsányává lett.

Ezeket sikerült megtudnom az eset alkalmával átlapozott kórboncolástani kézikönyvekből. *Ziegler*, *Birch-Hirschfeld*, *Kaufmann* csaknem egyértelműleg így magyarázzák e képletek fejlődését. Csak mellékesen és inkább csak azért, hogy ez eset bemutatását némiképen igazoljam, emlitem még fel, hogy *Grosch* (*Studien über das Lipom*, Zeitschrift f. Chirurgie XXXI) 716 bőr alatti kifejlődésű solitaer lipoma esetének tanulmányozása közben a vola manus és planta pedis alatt igen ritkán látott lipomát, valamint hasonlóképpen ritkák ezek a daganatok a hajzatos fejbőrön és a dús szőrzettel fedett, faggyúmirigyekben gazdag bőrrészekben, míg ellenben leggyakoribbak a nyakon és a tarkón.

IV. Kubinyi Pál dr. fibroma uteri hat praeparatumát mutatja be a II. sz. női klinika anyagából.

Öt laparotomia útján, egy hüvelyi úton távolított el s mind meggyógyult.

A fibroma operatív gyógyítása terén, a melyen az utolsó évtizedekben az extraperitonealis csonkkezeléstől kezdve óriási evolutio ment végbe, ma ott állunk, hogy a technika vívmányai-ban válogathatunk és eljárásaink tökéletesedése által többet conserválhatunk, mint azelőtt, vagyis a fibroma egyes eseteit úgy tudjuk gyógyítani, hogy megtartjuk a nő méhét olyan esetben, a hol azelőtt feláldoztuk volna; másrészt azt lehet mondani, hogy a legnagyobb nehézségeket is le tudjuk küzdeni s meg tudjuk adni a gyulladás feltételeit, habár a méh feláldozásával, kedvezőtlen esetekben is, a totalexstirpationnal.

A műtét útjának megválasztásában is individualizálunk s újabban sok esetben itt is a conserválásra való törekvés vezet s nem egyszer letérünk a hüvelyi útról, bár ez kisebb behatás, azért, mert ezen az úton áldozatul esnek az egész méh, holott a laparotomia útján megtarthatjuk s viszont sok mélyen fekvő vagy a méh alsó szakaszán fejlődött góczot ki tudunk venni, bár néha nagy fáradsággal és technikai nehézséggel a hüvelyen át s mégis megtartjuk a méhet, holott a laparotomia útján röviden és könnyen végeztünk volna vele a totalexstirpationt által.

A praeparatumok ennek az illusztrálását szolgálják, a mellett a fibroma kifejlődése is érdekes egyik-másikban s végül a diagnosis szempontjából is bir érdeklél, különösen a cystikus degenerationnak a kystoma ovariival való összetévesztése miatt s végül az egyik a méhür alak- és nagyságváltozását mutatja s ezzel kapcsolatban feltűnteti az esetleges méhüri palliativ beavatkozás nehézsége, sőt veszélyes voltát.

Az esetek a következők:

A két elsőnél sikerült a gócz kiirtása után összevarrni a daganat ágát és a méh sebt s a méhet megtartani.

Az egyik egy 36 éves O P.-tól származik, a ki hat év óta szenved rendetlen vérzésekben. Alig van két heti szünet, máris újból megindul a vérzés. Felvételtkor egy hónap óta van vérzése. Ezenkívül dysmenorrhoea s ideges gyomortünetek képezik panaszát. Baza ellen gyógyszereken kívül fürdők, hideg és forró hüvelyfecskendést használt, sőt három év előtt curettage is, eredmény nélkül.

Jelen állapot: Hájódus, de igen vérszegény beteg. Hasban a medenczéből kiemelkedő tumor, melynek felső határa a köldök alatt két ujjnyira van s a mely gyermekfejnyi fibroma. Bár a vérzések sejtetik, hogy közel van a nyálkahártyához, mégis megkísértjük a méh megtartását. Sagittalisán átmetszszük a méh falát hátul közel a fundushoz, hasonlóan mint a sectio caesareánál s enucleáljuk a daganatot. A méh üre nem nyílik meg, de a méh üre felé csak vékony réteg marad meg. A daganat kis ökölnyi. A méh sebt catgut etageban elvarrjuk. A hüvely felől a virginális nyakcsatornán át csakis a Douglas megnyitása s a hátsó

méhfalnak csaknem a fundusig terjedő felezésével érhattuk volna el s alighanem áldozatul esett volna a méh.

A második eset nagyon hasonló, csak hogy a gócz sokkal nagyobb és subserosus volt. Egy 42 éves IV P. nőtől való, a mely két év óta folyton nő s fájdalmakat okoz.

Jelen állapot: Köldökig érő, kis emberfejnyi két osztatú corpus fibroma, a mely a méh hátsó falából indul ki s jobboldali nagyobb fele mélyen lenyúlik a Douglasba s a symphysishez szorítja a portiót, a baloldali kisebb, azonban magasabban helyezkedik el.

Eredetileg a hüvelyen át tervezzük a műtétet, azonban a narcosisban megejtett vizsgálat arról győz meg, hogy a gócz felső része olyan tömeges, hogy nem fér be a kis medencébe s esetleg utólag kell majd laparotomiára áttérni, ezért inkább ezt végezzük. Sagittálisan rámetssze, enucleáljuk s ágyát, a mely a hüvelyboltozatig nyúlik le, catguttal etageban elvarrjuk. Simán gyógyult.

A harmadik idetartozó esetet hüvelyen át operáltuk. 31 éves O P. hat év óta 3 hetenként 1 hétig vérzik s ilyenkor hány, feje fáj. Folytonosan gyógykezelés alatt áll. 1/4 év óta már két hétig tart a havi vérzése.

Jelen állapot: Igen halvány, vérszegény beteg. Conicus portio, a cervix hirtelen kiszélesedik. A corpus gömbszerű, három ujjal kiemelkedik a symphysis felé s a mellső hüvelyboltozatot erősen ledomborítja. Diagnosis: Myoma uteri. Elhelyezkedése kérdéses. Laminaria-tágítás, méhüri vizsgálat. A mellső méhfalban közel a fundushoz székelő fibromagócz. Műtét: Cél a méh lehető conserválása. Felhasítjuk sagittális irányban a mellső cervixfalat. Mint-hogy a cervix különben is tágítva volt laminariával, a hólyag-leválasztást mellőzzük. E helyett a metszést, hogy elérjük a belső méhszájat, kissé bal oldal felé vezetjük, a hol kissé a parametrium is megnyitott. Lapoczkokkal feltárva a méhüret, látható a fundusban ülő gócz alsó polusa. Enucleáljuk. Több emulsióval telt ür van az ökölnyi góczban. A cervix sebét elvarrjuk. A legmagasabb ponton, ott, a hol oldalvást tágítottuk, egy mély öltést kellett feltenni a vérzés csillapítására. Úgy látszik ez szúrta meg a hólyagot. A beteg felgyógyult, jelenleg fenjár, de hólyaghüvely-hajszálsipolya van. E mellett a húgycsővön át is vizek. Remélhetjük, hogy spontán záródik. A genitaliáit azonban, a mi fő, megtartotta.

A műtét igen fáradságos volt; laparotomia útján félannyi idő alatt elkészülhettünk volna, de a méh áldozatul esett volna, mert a daganat subserucosus lévén, megnyitott volna a méhür s ilyenkor kockázatos vállalkozás bennhagyni a méhet; kérdés, nem inficiálódik-e a seb.

A következő két esetben a Doyen-féle módszerrel végeztük a totalexstirpációt, a melynek lényege a vaginalis totalexstirpacio útjának követése abdominalis úton, a hüvelyboltozati körmetsszés s hólyag leválasztásától kezdve végig, azzal a különbséggel, hogy az edényeket csak ideiglenesen fogjuk le s hogy utólag ezeket lekötésekkel helyettesítjük s a hüvelyboltozat és edények csomkjai felett egy haránt ívben futóvarrattal egyesítjük a hashártya mellső és hátsó szélét, míaltal a műtét terét extraperitonealissá tesszük.

A methodussal a legnehezebb esetben is el tudunk készülni. Lényeges könnyítés, kivált, ha a daganat fixált, először lefogni s átmetszeni a lig. lat.-ot s azután kezdeni a hüvelyboltozati körmetsszést. Igen szép gyógyulási eredményt ad.

Az idetartozó esetek közül az egyik másfél emberfejnyi corpus fibroma, a mely a méh hátsó falában fejlődött s a méhüret 20 centiméternyire megnyújtotta, úgy hogy az rendkívül hosszú s aránylag keskeny, a hátulsó nyálkahártyafelszín igen dudoros a beugró göczektől.

Egy 39 éves O P.-tól származik, a ki kilencz év előtt vette észre a daganatot, a mely két év óta gyorsabban nő s vizelési nehézséget, fájdalmat s újabban erős vérzést okoz.

Jelen állapot: Igen vérszegény, gyenge nő, szív felett fúvó systolikus zöreje, a nagy erek felett apácázöreje.

1 1/2 emberfejnyi daganat. A portio magasán balra, a cervix egy darabig balra követhető, azután elvész a sima felületű daganatban, a mely fluctuatiót ad, bár ez nem tökéletes, hanem inkább rengésszerű. Consistentiája több rekeszű colloidra vall, az uterusához való viszonya pedig egy gyors növekedésű fibroma cysticum gyanúját kelti. E mellett szól az is, hogy a méhsonda 20 cm.-nyire

vezethető a méhürbe. Laparotomia. Typikus Doyen-féle total-exstirpacio. Sima gyógyulás.

Ez a daganat tehát consistentiája s az álfuctuatio következtében a diagnosis szempontjából kételyt támasztott. A fibroma szövetének lazasága tehát diagnostikus tévedésre szolgáltat okot. Még inkább a fibroma cystikus degeneratioja, kivált ha intraligamentaris s a méhet, úgy mint az ovarialis daganatoknál, külön ki lehet tapintani.

A következő Doyen-műtétet nagyon megnehezítette a daganat szabálytalan alakja s a két lgt. lat. erős kifejtettsége. Az emberfejnyi daganat nagyobbik része a méhtest hátsó falából fejlődött ki s szétfejtette a lig. lat.-ot s részben a Douglas felé nyomult. A másik csecsemőfejnyi subserosus kocányos gócz a fundus tetején ült. A méh a daganatban feloszlott.

A beteg 41 éves. IV. szült és 2-szer vetélt. Mindig bő volt a havi baja, hét hó óta rendetlen erős vérzések, metsző fájdalmak s a daganat növekedése képezzik panaszát.

Jelen állapot: Csecsemőfejnyi köldöksér, négy ujjnyi diastasis. Hasürben két kemény daganat. A méh felhúzza s külön nem tapintható. A tumorra gyakorolt nyomást csak a jobboldali közvetíti a portioval. Kérdés, vajon a baloldali mozgékony daganat-rész subserosus fibroma vagy ovarialis daganat-e.

Műtét: laparotomia a csecsemőfejnyi köldöksér alatt. A hasfal igen hájas s négy ujjnyi diastasis van a rectusok közt. A kérdéses ovarialis daganat a funduson ülő kocányos subserosus fibromának bizonyul. A méh hátsó falában levő interstitialis daganat igen széles s jórészt kifejtette a két lgt. lat.-ot, a méh úgyszólván elvész benne s jó része a Douglasba hajlik s subperitonealis. Az edényeztettség igen dúsz, úgy hogy tollszárvastagságú erek is vannak rajta s első pillanatra terhes méh benyomását kelti. A Doyen-féle totalexstirpációt végezzük. Nagy nehézséget okozott a hasfal vastagságán kívül a daganat intraligamentaris kifejlődése, a mely nagyfokú rögzítettséget eredményezett, valamint a hátsó cervicalis gócz, a mely miatt nagyon meg volt nehezítve a hüvelyboltozat megnyitása és a portiohoz való hozzáférhetés. A Doyen-féle typust azonban itt is be lehetett tartani. Hátra volt még a sérvműtét, a melyet úgy végeztünk, hogy a hassebet felfelé hosszabbítva, átmetszettük a sérvgyűrűt. A tömlőben odanőtt csepleszt és beleket leválasztva, a sarlóalakú lécek által több rekeszre osztott tömlő kiirtásáról volna szó. Ezt azonban úgy kell végeznünk, hogy maradjon szövet, mert különben a nagyfokú diastasis miatt igen nagy feszülés lesz. Rámetszve kipraeparáljuk tehát a fasciát a sérvtömlőn belül s összevarrjuk esomós selyemvarratokkal, a felette levő sérvtömlőt pedig csak redukáljuk s dohányzacskó módjára catguttal összehúzza, a réteg vastagítására használjuk fel. A hasseb többi részének egyesítése szokásos etagevarrattal. Simán gyógyult.

Végre az utolsó főként diagnostikus szempontból érdekes, a mennyiben úgy kifejlődési, valamint anatómiai szerkezete folytán ovarialis cystának megfelelő képet nyújtott s annak is volt diagnostizálva.

46 éves, O P.-tól származik, 1 1/2 év óta veszi észre, hogy hasa nő. A daganat utóbbi időben gyorsabban növekedett, fájdalmakat okozott és a beteg ereje fogy.

Jelen állapot: hasban emberfejnél nagyobb, gömbszerű, rugalmas, sima felületű, egyenletes tapintatú, a bordaíveket felfelé nyomó képlet, a mely minden irányban fluctuatiót ad. Dobos kopogtatási hang csak a gyomorgödörben és a mély lumbaltájon van, különben az egész has felett tompa. Portio hátul, igen mélyen. Uterus a medence jobb, hátsó quadransában foglal helyet. A daganat bal oldalról s felülről nyomul be a medencébe s alsó polusa jól tapintható a mellső hüvelyboltozaton át.

Diagnosis: Baloldali ovarialis cysta.

Laparotomia. A 1 1/2 emberfejnyi daganat igen puha. Intraligamentaris, söt subperitonealis, a mennyiben mellül a hasfalról is csaknem a középvonalig leemelte a peritoneumot. hátul pedig a végbél és a lehágó vastagbél mesenteriumát annyira felemelte, hogy a bél a daganat hátsó és felső polusán fut végig. Sagittálisan felhasítva a peritonealis borítékot, tompán kihámozzuk a nagy, cystikus fibromát, a mely a méh bal oldalán mélyen lenyúlik a medencébe, az uterusal azonban csak a bal tubaris sarok mögött függ össze szorosan, tokképzés nélkül, diffúz átmenettel a méh

izomzatába. Ezen a gyermekfejnyi felületen késsel kellett kimetszeni. A daganat helyén óriási ür marad vissza, ott látjuk a lecsupaszított psoast s mélyebben az uretert, a mely szabadon fut. Vérzés nincs. A levegőt a belek visszaerősztésével s a medence leültyesztésével lehetőleg kiszorítva, összevarrjuk a hashártya széleit.

Simán gyógyult, csupán a nagy ürben támadt egy kis plastikus exsudatum, a mely a 17. és 18. napon okozott hőemelkedést s azontul gyorsan felszívódott. A méh sarkával való összefüggés miatt göresóvel vizsgáltuk, nem-e a Recklinghausen-féle adenomyoma? De mirigyes képleteket nem találtunk benne.

Dirner: Azt kérde, hogy a fibromagóc ágyának elvarrása milyent anyaggal történik. A vaginalis enucleatiót könnyebbnek tartja, de az tapasztalta, hogy a cervix felhasított sebé gyengédessé gyógyul, a gyógyulás hosszú ideig tart. Epen ezért különösen magasan fekvő gócz esetén a laparotomiát a gyógyulás szempontjából sokkal helyesebbnek tartja.

Tóth: Dirner azt mondja, hogy a gyógyulás szempontjából a hüvelyi út nagyobb behatásnak látszik. Mi a II. sz. női klinikán az esetek egész sorában mindenképen arra törekedtünk, hogy az uterust megtartsuk és ezt részben hüvelyi úton, részben laparotomia útján igyekeztünk elérni és lassankint visszatérünk arra a régi eljárásra, melyet Tauffer tnr. akkor gyakorolt már, mikor a vaginalis műtétek különböző módjai még meg sem voltak adva. Végeztük ezt egy egész sorozatban a hátsó falzat felhasításával minden olyan esetben, a hol méhüri vizsgálat útján submucosus fibromáról győződünk meg, vagy ha a fibroma részben megszületett. Mióta Dührssen kolpotomiái jöttek divatba, — melyekről előadást is tartottam az Orvosegyesületben — rájöttünk, hogy magasan fekvő góczokat is kivehetünk vaginalis úton. Kedvező eredményeket értünk el; 40-nél több enucleatio között talán csak egy haláleset fordult elő. A felhasított mellő uterustal varrása után nekik is az a tapasztalásuk, hogy sok esetben nem volt prima gyógyulás, a varratok kiestek, a varratvonal nekrotizált; ha a hüvelyboltozatot ráborították a varratra, abscessus, vagy exsudatum keletkezett. Úgy látszik, nem annyira az asepsis hiánya játszza itt a főszerepet, bár a hüvelyi útnál ez is tekintetbe jön, hanem inkább az, hogy a sok Muzeux az uterust alsó szakaszán olyan zúzódásokat okoz, hogy műtét végén nem sima sebet varrunk, mint pl. sectio caesareánál, hanem nagy mértékben zúzott sebet. Ekkor jöttek arra az eljárásra, hogy most azt a sebtérületet, mely a hüvelyboltozat mögött foglal helyet, néhány napig drainezzük és ezen módon igen kedvező, láztalan lefolyást értünk el. A gyógyulás ugyan nem oly tökéletes, mint laparotomiánál, de mégis kedvező. Már most iparkodunk azon, hogy a mellő hüvelyfalat és hólyagot lehetőleg kerüljük és inkább hátulról, esetleg a Douglas megnyitásával végezzük a felhasítást, vagy pedig a régi methodus szerint, t. i. a hólyagot nem toljuk fel. Submucosus myománál mindenesetre annyiban is jobb a hüvelyi út, mert az uterust megtarthatjuk, míg laparotomiánál ez nem igen lehetséges. A hüvelyi út mindenesetre tovább kell, hogy műveltség és keresni kell azokat az összefüggéseket, melyek által a varrott seb infectioja elkerülhető.

Tauffer: A fibromák laparotomia útján való műtéténél jelenleg a a Doyen-féle methodust követjük és kb. 60—70 esetben alkalmaztam. Legnagyobb nehézséget azon cervicalis fibromák adják, melyek a Douglas peritoneumát maguk előtt tolva, benyúlnak a parietalis peritoneum, a flexura mesenteriuma alá, mert ezek a medence bemeneti síkját zárják el. Ezek adják Chrobak-féle hysterotomiánál is a legnagyobb nehézségeket. — Kb. 110 Chrobak-műtét gyógyulási sorozatán végig tekintve mondhatom, hogy izzadmányok, lobtermények, melléksértések szempontjából igen nagy számat találtunk, mióta a Doyen-műtétet végezzük, mely pedig technikailag jóval nehezebb, ezen utóbajok a minimumra redukálódtak. A műtétet úgy végezzük, hogy minden periton. duplicaturára két szorító-esipőt helyezünk és azt a két esipő közt átmetszszük. A lig. infundibulo-pelvicumok és rotundumok átmetszése után átmetszszük a Douglas-redőket. Ezután a hüvelybe tölt magfogóra rámetssze, megnyitjuk a hátsó hüvelyboltozatot. A hüvelyboltozat sebén át horoggal megragadjuk a portiót, behúzzuk a sebbe és már most az uterust előreemelve, lehúzzuk a hólyagról és a lig. lat. még meglevő részeit átmetszve lekötjük az uterínakat és eltávolítjuk az uterust. Ezután ellátjuk a kardinalis ereket. Nagyon szorgosan kell ügyelni arra, hogy a parametran-öltésekkel a hüvelybe ne hatoljunk, hanem a hüvelyboltozat felett kell maradnunk. Az uretertől nincs mit félnünk, mert a leválasztásnál az ureter helyéről el lett tolva. A methodus bármily anatómiai kifejlődésnél kivihető. A műtét végén a hüvelyboltozat sebét catguttal egyesítjük, úgy hogy végeredményben férfigmedence képe áll előttünk. Holt ür nincs, minden peritoneummal van fedve. Néhány esetben mégis izzadmány képződött, miért is úgy módosította a műtétet, hogy a hüvelyboltozatot a közepén nem varrja, hanem drainezi.

Elischer kérde Tauffert, mióta végezi a Doyen-műtétet és nem-e látott Ausfallserscheinungokat.

Tauffer a műtétet 1898 óta végzi. Elischer második kérdésére vonatkozólag megjegyzi, hogy erre nézve nincs tapasztalása, mert a ki-esési tüneteket ő úgy kerüli el, hogy lehetőleg ovariumot hagy benn.

Elischer azért tette fel a kérdést, mert ha ezen tünetek sincsenek, a műtét valóban ideális.

Kubinyi (bemutató) Dirner kérdésére megjegyzi, hogy a tumor ágyát Dronke-féle catguttal étegeban varrják és ezután néhány fesz-telenítő selyemvarratot alkalmaznak Lambert-varrat módjára. Pusztán

catguttal azért nem varrnak, mert egy esetben (gravidánál) ilyen varrás után elvérzés következett be.

A tudományos ülés napirendje ki lévén merítve, következik az évváró ülés.

Elnök megemlékszik arról a nagy csapásról, mely a gynae-kológiát *Sünger* tanár halálával érte. Indítványozza, hogy a szakosztály részvétét jegyzőkönyvileg fejezze ki és bizza meg a tisztikart, hogy az özvegyhez részvétiratot intézzon. Elfogadtatik.

Elnök a pénztár megvizsgálására Breitenfeld és Pozsonyi dr.-okat kéri fel.

Jelenti, hogy a szakosztály annak idején a tisztikart bizza meg, hogy Kézmárczky tanár emlékének megörökítésére tegyen javaslatot.

A javaslat a következő:

1. A szakosztály az anyaegyesület vezetőségét átiratban kéri meg, hogy az orvosegyesület egyik legközelebbi nagygyűlésén Kézmárczky tanár felett emlékbeszédet tartasson.

2. A maga kebelében a szakosztály Kézmárczky-jutalmat alapít, melylyel három évenként kintüneti az időközben magyar nyelven megjelent legjobb nőgyógyászati munkát. A módokat a szakosztály a tisztikarra bizza, mely kellő időben megteszi javaslatát.

3. A mennyiben Kézmárczky emlékeztét tanítványai és tisztelői más módon is kívánják örökíteni, ebben a gynae-kologikus szakosztály úgy erkölcsi, mint anyagi támogatásával hozzájárul. Elfogadtatik.

Tóth István olvassa *jegyzői* jelentését.

Igen tisztelt szakosztály!

Hetedik évváró ülésen van szerencsém beszámolni szakosztályunk működéséről.

A kezdet nehézségeit igazán játszva, győzve le, komoly és becsületes munkában folyt az évek egyik a másik után s ha ez osztály működése nem versenyezhetik is a külföld hasonló irányú nagyobb társaságokéval, de mindenesetre maradandó nyomot fog hagyni e tudomány szaknak hazai művelésében, már csak azért is, mert úttörő volt e téren.

Az osztály vezetője eddig egy nagytudású jó ember volt, a kinek vonzó egyénisége összetartott mindannyiunkat, a ki minden esetleg felmerülő ellentétet páratlan tapintatossággal tudott elsimítani. Mint jó apa, családfő tudott mindenkinek igazat adni. Azt hiszem az ő vezetésének tulajdoníthatjuk, hogy az ülések ritka kivétellel igazán félreértés nélkül, egymás megbecsülésével, megértésével úgy folyt le, hogy mindannyiunk a jötevé pihenést, üdülést élveztük ez üléseken akkor, a mikor pedig egymástól tanultunk, egymás tapasztalataink okultunk.

S most lehullott a mi fejünk koronája! Az a jó ember elköltözött közülünk! De legyen közöttünk mindenkor szelleme! Gondoljunk rája gyakran, s különösen mindannyiszor, a mikor ellenkező véleménynyel állunk szemben, tiszteljük a mások munkáját, véleményét úgy, a mint ő tisztelte! Becsüljük, szeressük egymást úgy, a mint ő becsült, szeretett mindannyiunkat. Emlékének így állítunk e helyen legszebb monumentumot!

Áldott legyen emlékezte!

Az osztály az elmúlt évben öt ülést tartott, négy ülésben tudományosan foglalkoztunk, felejtethetetlen elnökünket gyászoltuk az ötödiken — a melyen igen tisztelt elnökhelyettesünk széles alapon nyugvó tanulmányban s ékes szavakban méltatta a megboldogultnak működését, nagy érdemeit.

Az ülések tudományos anyaga nyolcz bemutatás s két előadás volt, egy ülést pedig teljesen kitöltött az adnexum betegsége gyógyítása körül kifejlődött nagyobb terjedelmű tanulságos eszmecsere.

Elnökünk elvesztése s más mellékkörülmények okozói, hogy az elmúlt évben talán kevesebbet dolgoztunk.

Tagjaink száma négy rendes taggal gyarapodott, de elvesztettünk három rendes tagot, és pedig elnökünkön kívül elhalt Bruck Jakab dr. volt könyvtárosunk, a kinek emlékét jegyzőkönyvünkben örökítettük meg, s a kiről az osztály titkára a lefolyt év márciusi ülésen kiváló érdemeihez méltóan szép sorokban emlékezett meg. Doktor Sándor rendes tagtársunk vidékre költözött.

Igy osztályunk ez év végén 51 rendes és 11 rendkívüli tagból állott.

A szakosztály múlt év januári ülésén elhatározta, hogy az „Orvosi Hetilap” mellékleteként meginduló „Gynaekologia” című folyóiratok hivatalos közlönyéül választja s egyszersmind anyagilag is támogatni fogja.

A lap az elmúlt évben hat számban közel 19 ívnyi terjedelemben jelent meg s valamennyi tagtársunk megkapta évkönyv helyett.

Elhatározta az osztály még 1901-ben, hogy a plenum előtt referáló ülést tart, melynek tárgya a ruptura uteri. Felhivom ismételtén az osztályt, hogy eme határozatát valósítsa is meg!

S most, mikor jegyzői tisztemet hét év után utódomnak átadom, köszönöm jóakarú támogatásukat, köszönöm működésemet illetőleg jószágos elnézésüket. S a mennyiben abban hiányokat ismernek fel, ne tudják azt be az ügybuzgalom hiányának, s tulajdonítsák főként annak, hogy minden kezdet nehéz.

Liebmann Mór olvassa a pénztári jelentést.

Pénztári jelentés az 1902-dik évről.

I. Bevétel:

46 rendes tag után tagsági díj fejében (a 10 K) ...	460 K 81 f.
10 rendkívüli tag után tagsági díj fejében (a 5 K) ...	50 „ — „
Takarékpénztári kamat fejében (1902-ről) ...	59 „ 81 „
Összes bevétel ...	569 K 81 f.

II. Kiadás:

„Orvosi Hetilap” számlája (1901-ről) ...	401 K 33 f.
Franke könyvkereskedő számlája (1902-ről) ...	367 „ 60 „
Jegyző számlája (1901. és 1902-ről) ...	192 „ — „
Gyászkoszorú elnök ravatalára ...	75 „ 40 „
Könyvkötő számlája ...	45 „ — „
Pénzbeszedőnek ...	19 „ 60 „
Egyleti szolgáknak ...	10 „ — „
Összes kiadás ...	1110 K 93 f.

Az 1901-dik év december 31-dikén maradt a pénztárban ...	2374 K 65 f.
Az 1902-dik évi bevétel ...	569 „ 81 „
	2944 K 46 f.
Ebből levonva az 1902-diki kiadást ...	1100 „ 93 „
Marad az 1902-dik év végén ...	1833 K 53 f.

Budapest, 1903. január hó 20.

A pénztárvizsgálók a pénztárt rendben találták. A szakosztály a pénztárosnak a felmentést megadja és neki jegyzőkönyvi köszönetet mond.

Elnök a pénztáros azon indítványát, hogy a tagdíjakat emeljék fel, vita tárgyává teszi.

Dirner, Temesváry, Tauffer, Bársony és Tóth hozzászólása után a szakosztály kimondja, hogy a tagdíjakat évenként öt koronával felemeli.

Záborszky István indítványozza, hogy az elnökség küldje szét a tagoknak a „Gynaekologia”-t.

A szakosztály ezen kérdés elintézését a tisztikarra bizza.

Több indítvány nem lévén, elnök köszönetet mond az egész tisztikar nevében a szakosztály eddigi támogatásáért és felszólítja az osztályt, hogy korelnökököt válasszon, a ki a választást vezesse.

Korelnök: Dirner Gusztáv; korjegyző: Szili Sándor.

Az egész tisztikar közfelkiáltással egyhangúlag választatik meg; elnök: Tauffer Vilmos, elnökhelyettes: Elischer Gyula, jegyző: Tóth István, titkár: Temesváry Rezső, pénztáros: Liebmann Mór, könyvtáros: Lovrich József.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Dirner Gusztáv: Mesterséges koraszülés. Budapest, Pallas, 1902. 30 l.

D. munkájában mindenekelőtt hű képét adja a mesterséges koraszülés történetének; először e műtét multját ismerteti a külföldön, főleg keletkezése helyén Angliában, majd Német- és Franciaországban. A hazai 55 esetet (az első Semmelweis végezte 1856-ban) a kiválóbb magyar nőorvosokhoz és jelesen a nagyobb szülõintézetek vezetőihez intézett körlevél útján nagy gonddal gyűjtötte össze és röviden ismerteti; végül saját 14 esetéről számol be. A műtét javalatai közül első helyre állítja a medencének kisebb fokú szűkületeit, a melyek miatt előző

szüléseknél nehéz műtétek, esetleg a koponyalékelés, vált szükségessé, de a melyek, ha elég korán felismertettek, először szülõknél is indikálhatják a terhesség időelőtti megszakítását úgy az anya, mint a magzat érdekében. Sokkal ritkábban adhat okot e műtetre az anyának valamely súlyos megbetegedése (nephritis, gümőkór, szívbaj stb.), a mely mellett a terhesség teljes kiviselése az anya életét veszélyeztethetné.

A beavatkozás időpontjának meghatározásáról szólva, D. óva int a terhesség igen korai megszakításától. Ő lehetőleg a 34—38. hét közt végzi e műtétet, mert fiatalabb magzatok életben maradása csak kivételesen észleltetett. A kedvező időpont meghatározására a Müller P. eljárását ajánlja, ki a magzati koponyának a medence bemenetébe való benyomása által határozza meg a viszonyt ezen két fontos szülési tényező között.

A koraszülést előidéző eljárások bírálatánál D. legelőnyösebbnek tartja a metreusist a Barnes-Fehling-féle tágitók segítségével, szükség esetén Hegar-féle pálczikák előzetes alkalmazása után; de a Krause-féle eljárást, a bougie-bevezetést is teljesen megbízható módszernek tartja.

A D. eseteiben a magzatok halandósága csak 35-70%, sőt két eklampsia-eset leszámításával csak 17% volt; a kedvező eredmény bizonyára a műtét idejének helyes megválasztásában leli magyarázatát.

A füzet végén két táblázatos kimutatás tünteti fel egyrészt a hazánkban 1856—1890-ig végzett művi koraszüléseket, másrészt D. eseteit.

Már a tárgy érdekességénél és kiváló fontosságánál fogva is szívesen fogja olvasni bárki ezen nagy körtekintéssel, szépen megírt monographiát.

Adler Oszkár dr.

Hübl H.: Über das Chorio-Epitheliom in der Vagina bei sonst gesundem Genitale. Wien, J. Safár. 1903. 41 l.

A chorio-epitheliomának és főleg a méhen kívül fellépő primaer metastasisainak nagy ritkaságánál fogva minden ily eset szakkörökben élénk érdeklődést kelt. Epen ezért élvezettel olvassuk H. füzetét is, a melyben ő egy, a bécsi bábaiskolában észlelt primaer hüvelyi chorio-epithelioma esetéről referál. H. előbb általánosságban ismerteti a chorio-epitheliomák genesisét. Ezen álképlet tudvalevőleg a concipiált pete burkainak elemeiből, a syncytium és a Langhans-féle réteg sejteiből fejlődik. E sejtek a véráramba jutva a test különféle helyeire deportálódnak s ott burjánzásnak indulnak. Hogy e sejtek már malignusan degenerálva jutnak-e a véráramba, avagy a normalis chorionbolyhok a deportatio helyén degenerálnak-e esetleg valamely külső oknál fogva: eddig tisztázva nincs; talán mindkét módot lehetőséges. Ez embryonalis anyag származhatik 1. a legutóbb viselt megtermékenyített petétől, 2. egy korábbi terhesség productumából, vagy kivételesen 3. azon petéből, a melyből a beteg maga is fejlődött. (Teratomás fejlődési mód, mely mellett virgókna, sőt férfiaknál is létrejöhet a chorio-epithelioma) (Schlangenhauer).

A vagina chorio-epitheliomái, a melyek tüneteiknél fogva (nyomás, vérzés) korán vonják magukra a betegek és az orvos figyelmét és így elég gyakran idejekorán operálódnak meg, épen ez oknál fogva aránylag jó prognosztis nyujtanak, H. az irodalomból négy esetet közöl, a melyekben a hüvelybeli primaer gócz kiirtása után teljes gyógyulás következett be. Ezekkel szemben azonban más négy esetről tesz említést, a melyekben — úgy látszik — egyidejűleg már más szervekben is voltak nem diagnosztizálható metastasisok és a melyek ezért a hüvelyi gócz kiirtása által nem voltak megmenthetők. Ezekhez társul ötödiknek H. esete, a mely egy kétszer szült (a VIP. mola) nőre vonatkozik, kinél két hóval utolsó szülése után diónyi vaginalis gócz irritatott ki. A tumor göreső alatt a chorio-epithelioma típusos képét mutatta. A 20. napon recidiva; hasonló, elszórt góczok a hüvelyben, húgycsőben, hólyagban. Egyre fokozódó cachexia, majd haemoptoe tünetei közt két hóval a műtét után exitus. Bonczlelet: chorio-epitheliomás góczok a hüvelyben, hólyagban, húgycsőben, parametriumokban; továbbá a tüdőknél és a májban.

Szerző a hüvelyben fellépő elsődleges chorio-epithelioma eseteiben lehetőleg radicalis műtétet ajánl. A már inoperabilis esetekben a vérzés csillapítására excochleatio és égetés válhatik szükségessé.

A füzet kiállítása tetszetős. A közölt eset illusztrálására négy szép kiviteli színnyomat van mellékelve.

Adler Oszkár dr.

II. Lapszemle.

Szülészet.

Knoop C.: Beitrag zur Therapie der Nabelschnurbrüche. (Samml. klin. Vortr. 348. sz.) K. a köldökzsinórsérv 3 esetéről referál, a melyek a kieli szülészeti klinikán sikeresen operáltak. Ez esetek kapcsán ismerteti e bántalom újabb irodalmát és főleg a köldökzsinórsérv gyógyítására ajánlott eljárásokat. Manapság, az asepsis és antisepsis korában, a köldökzsinórsérv conservativ kezelése antiseptikus kötésekkel csak az inoperabilis (életképtelenséggel járó) esetekben jogosult. A hasfalak kis vagy közepes defectusa esetén legajánlatosabb a laparotomia, a sérvtömlő resectiójával és étage-varratokkal. Igen nagy defectus esetén ajánlatos az Olshausen-Ahlfeld-féle eljárást megkísérteni, azaz a hashártya megnyitása nélkül a sérvet reponálni s a sérvtömlő

betűremlése után felette a hasfalakat, a mennyire lehet, percutan varratokkal egymáshoz közelíteni, a sarjadásra bízva a fennmaradó hézag kitöltését. Míg a régi, conservativ eljárás mellett a gyulladás ritkaságszámba ment, az utolsó évtized eseteinek 69·57%-a, sőt a laparotomiával gyógyított eseteknek 71·4%-a meggyógyult. Czikke végén szemléltető táblázatban mutatja be K. az 1890 óta között 46 köldökzinórsérveset, köztük *Verebély* és *Hüll* esetit is.

Adler Oszkár.

Dobbert: 60 Fälle in frühen Entwicklungsstadien unterbrochener Tubenschwangerschaften. (Arch. f. Gyn. Bd. 66. H. 1.) 60 korán félbeszakadt tubaris terhesség esete. 14 expectative, 46 operativ úton kezeltetett. Hosszasabban foglalkozik a tubaris terhesség fajaival, a terhes tuba elváltozásaival. Operált eseteinek 65%-ában haematokelet talált. Kiemeli, hogy a terhesség jelei az eseteknek körülbelül felében teljesen hiányoztak. Savó az emlőkben csak 19 esetben találtatott. Az uterus ugyan meg volt nagyobbodva, de nem volt golyószerű és — bár valamivel puhább — tézstaszzerű tapintata nem volt. Decidua uterina 11 esetben távozott. A diagnosis szempontjából fontosnak tartja a haematokele pungálását. A therapia, ha a nő belső vérzés közepette kerül elének, csak a műtét lehet; ha már haematokele képződött, expectative járunk el, a míg műtét indicatiója fel nem lép. A műtét módja legtöbbször a laparotomia, melyet 40 esetben végzett és pedig 13 esetben előzetesen megnyitotta a hátsó hüvelyboltozatot, a minek előnyét abban látja, hogy tájékozódhatunk arról, nem-e infectiosus a hasür tartalma. Fontos, hogy az összes vérmenyiséget eltávolítsuk a hasürből.

Hevesi.

Fleck: Beitrag zur Aetiologie der Hydrorrhoea gravidarum. (Archiv f. Gyn. Bd. 36. H. 3.) *Hegar* szerint a hydrorrhoea a decidua gyulladásának következménye, melynek mirigyei túltengenek és sok folyadékot választanak el, mely a decidua vera és refl. között gyűlik meg, ezeknek összetapadását megátolja. Újabb vizsgálatok szerint azonban ez az összetapadás normális körülmények között sem jön létre, hanem a reflexa a terhesség 5—6. hónapjában elvékonyodása folytán coagulációs nekrosist szenved el. Azóta több vizsgáló, különösen *Bar* azon nézetet vallja, hogy a hydrorrhoea a burok korai megrepedése folytán kiömlő magzatvíz. Ő maga is ezen tapasztalásra jutott következő esete alapján: 30 éves nő, ki ötször szült, utoljára molát. VI. terhességének 3. havában nehéz munkánál fájások közben savós-véres folyadék ömlött el tőle; azután a fájások elmaradtak, a vérzés megszűnt, a savós, néha kissé véres folyás azonban tovább is fennállott. A terhesség VIII. havában kerül észlelés alá, mikor a fájások megindultak. Felvételtkor zárt méhszáj. Minthogy placenta praeviára is gondoltak, a nőt pontosan és állandóan észlelték; burokrepedés nem történt és mégis a későbbi vizsgálatnál, mikor a méhszáj már megnyílt, burkot tapintani nem lehetett, hanem közvetlenül a fej volt érezhető. Rendes szülés. A magyarázatot megadja a placenta. Első pillantásra úgy látszik, hogy a burkok teljesen hiányoznak; közelebbi megtekintésnél kitűnik, hogy a burkok a placenta kerületén körülbelül 1 cm. magas gyűrűszerű sáncot képeznek, úgy hogy tulajdonképpen nincs is petefűr, hanem ez csak egy tárgyyszerű bemélyedést képez. A burkok pergamenszerűek, egymással össze vannak nőve. A szabad szél görcsövi vizsgálata sokszorosan redőzött, degenerációs amniont mutatott. A magzat tehát a burkokon kívül fejlődött a deciduazsákban (*Bar* szerint foetus extramembraneus). A magzatra nézve ez igen fontos, a mennyiben az ilyen magzat igen sokáig megtartja intrauterin tartását. Esetében még 3 hónap múlva is a gyermek czomb- és térdizületében igen korlátolt mozgékony volt jelen. Hogy jelen esetben abortus nem következett be, azt onnan magyarázza, hogy a trauma a vérkeringést nem alterálta. Az időnkinti vérzések pedig onnan származtak, hogy a magzatmozgások közben a decidua megsérült.

Hevesi.

Braitenberg: Ein Fall von acutem Hydramnion bei eineiigen Drillingen. (Archiv f. Gyn. Bd. 66. H. 3.) 37 éves IP. a terhesség 5. hónapjában. 3—4 hét óta hirtelen nőtt a hasa. Felvételnél erősen tágult has (102 cm.); uterus fundusa a proc. xyph.-ig ér. Ballotement útján több apró rész tapintható, nagy rész nem. Igen nagy mennyiségű magzatvíz. Három leány-magzat született (25, 26 és 21½ cm.). Közös chorion. Köldök-zsinórok feltűnő rövidiek. Az irodalomban eddig 8 eset van fel-

jegyezve, a hol 3-as ikrek közös petéből fejlődtek, acut hydramnion azonban ezek egyikében sem fordult elő.

Hevesi.

Baum: Fünf Jahre Wochenbettstatistik. (Archiv f. Gyn. Bd. 65. H. 2.) Tapasztalatai alapján arra a következtetésre jut, hogy közömbös az, hogy milyen desinficiens használunk a szülő-nők vizsgálata előtt kezeink sterilizálására; legfontosabb azok mechanikus tisztogatása. A gyermekágyi morbiditás nézete szerint független attól, lett-e vizsgálva valamely szülő, vagy nem (spontán szülések morb. 44·4%, vizsgált eseteké 44·9%); független a vizsgálatnál követett eljárástól (külső lemosás sublimattal, vagy lysollal, Hofmeier-féle eljárás stb.). Végül arra a következtetésre jut, hogy a gyermekágyi láz aetiologiájában olyan faktorok szerepelnek, melyeket még nem ismerünk és tévedés, ha azt hisszük, hogy az antisepsis és asepsis szigorúbbá tételével jobb eredményeket fogunk elérni a mostaniaknál. Többet, mint eddig, ezen az úton nem fogunk elérni.

Hevesi.

Hengge A.: Eklampsie, die derzeitige Forschung über Pathogenese dieser Erkrankung und ihre Therapie. (Samml. klin. Vorträge. 346. sz.) A német gynaekologiai társaság giesseni gyűlésén behatóan foglalkozott az eklampsia kérdésével. H. a bántalom aetiologiájára nézve az ott elhangzott és az azóta nyilvánosságra hozott véleményeket — melyek azonban e tárgyat még tisztázni képesek nem voltak — három csoportban ismerteti.

1. *Stroganoff*, *Albert*, *Müller* és mások a bántalom okát a deciduában tenyésző különféle bakteriumokban vagy az azok által produkált toxinokban keresik. E nézet azonban, tekintettel arra, hogy *Albert*-nek csak két ízben sikerült eklampsiában elhalt nők deciduájában bakteriumokat kimutatni, még bizonyításra szorul.

2. *Dienst*, *Schmorl*, *Zangemeister* és mások az eklampsiát anyai vagy magzati bomlástermékek hiányos kiküszöbölése folytán létrejött intoxicationnak tekintik. E felfogást bizonyítják az eklampsiások vizeletében rendszerint talált fehérje és e betegek vérének és vizeletének vizsgálata molekuláris koncentrációjukra *Korányi S.* szerint. Ezen vizsgálatokból egyelőre kiderül: a) hogy a terheseknek mintegy 3/4-énél elégtelen a molekuláris diuresis, b) hogy a vizelet molekuláris koncentrációja az eklampsiás rohamok kezdetekor minimalis, tehát nem kielégítő és c) hogy a fehérjementes vizelet molekuláris koncentrációja is elégtelen lehet. A vizsgálatok ez irányban is még folynak. Többek közt felemlíti *Szil Sándor* vizsgálatait is.

3. *Fehling*, *Veit* és mások a biológia legújabb vívmányai alapján magyarázzák az eklampsia keletkezését. H. részletesebben ismerteti különösen *Veit F.* theoriáját a syncytiumsejtek és chorionbolyhok „deportációjáról” és ezek hatása alatt egy cytotoxinnak, a *Veit*-féle syncytiolysinnek keletkezéséről az anyai vérben. Ha ez a physiologiainak tekinthető „deportatio” és syncytiolysis-képződés időlegesen valamely, még ismeretlen, oknál fogva fokozott, fellép az albuminuria és esetleg az ésszervezetnek az eklampsia néven ismert zavara.

A bántalom elkerülésére ajánlatos a terhesek vizeletét időről időre fehérjére és molekuláris koncentrációjára megvizsgálni; zavar esetén ágynyugalom, tejdiéta, alkáliák, a bélműködés, diuresis és diaphoresis fokozása elejét veheti a bajnak.

Az eklampsia kitörése esetén óvatosan adagolt narcoticumok vannak javalva; a szülés gyors befejezésére a metreurysis, esetleg a Bossi-féle tágitó ajánlható; a Dührssen-féle cervixincisiók azonban veszélyesek és így kerülendők.

Adler Oszkár.

Hirschl H.: Über Chorea gravidarum. (Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1903. jan.) A szerzők mindnyájan megegyeznek abban, hogy e megbetegedés igen ritka, ide nem értve természetesen azokat az eseteket, a midőn a chorea már a terhesség beállta előtt is megvolt. Minthogy a gravid nő szervezete is ugyanazon ártalmaknak van kitéve, mint másoké, a choreát előidéző okok is csak ugyanazok lehetnek náluk, mint különben, vagyis előttünk még teljesen ismeretlen chemiai anyagok és toxinok. Ezek keletkezhetnek a magzat testében is és onnan mehetnek át az anya szervezetébe. Azon esetekben, a melyekben a chorea csakis a terhesség következménye lehet — a melyeket tehát chorea e graviditate névvel lehetne illetni — jogosult a feltevés, hogy a reflexpálya peripheriás kiindulási végpontja valahol az uterusban és pedig talán a cervixben van, minthogy ilyenkor a portio kezelése, a cervix tágitása, a méhür kiürítése által rángá-

sokat befolyásolni, legtöbbször megszüntetni lehet. Érdekes, hogy a míg a terhesség előrehaladott stadiumában levő nőknél a méhür kiürítését azonnal követi a bántalom megszűnése, addig korábbi graviditásoknál a műtét után erre 2—3 hétig, sőt még tovább is kell várnunk.

A terhesek choreája leggyakoribb 18—24 éves I. gravidáknál, 30 éven túl nem igen fordul elő.

A bántalom fellépése nem esik teljesen össze a terhesség kezdetével; a rángások ugyanis rövidebb-hosszabb prodromális időszak után csak a 3—4-dik hónapban szoktak kezdődni, azután hovatovább erősödnek.

Tapasztalati tény, hogy e betegség egyszeri kiállása után újabb terhesség alkalmával esetleges ismétlődés esetén a lefolyás enyhébb szokott lenni.

A míg a chorea gravid.-t régebben feltétlenül életveszélyesnek tartották úgy az anyára, mint a magzatra nézve, addig manap már a szerzők az anyák mortalitását átlag csak 20—29%-ra teszik. A magzatok közül jóval több hal el: 36—40%.

A mi a gyógykezelést illeti, a gyógyszeres therapia ugyanaz, mint a rendes choreánál, tehát főszerepe van az arsennek; e mellett még chloral-, brom- és valerianakészítményeket is adagolhatunk a szokásos módokon.

Ha ezekre kellő javulást nem látunk, akkor megkísérendő a cervix lassú tágítása által (esetleg a Bossi-féle dilatátorral) megszüntetni a rángásokat. Ez már számos esetben vezetett sikerre és, ha óvatosan járunk el, nem kell tartanunk az abortus megindulásától, mert ismeretes, hogy choreásoknál igen nehéz a contractioat kiváltani. Ha így sem jutunk célhoz, és az anya élete veszélyben forog, akkor habozás nélkül lássunk hozzá a művi abortus vagy koraszülés bevezetéséhez, a mit a használatban levő eljárások bármelyikével bevezethetünk.

Zboray.

Gynaekologia.

Pozsonyi Jenő: Kocsánycsavarodást szenvedett hypertrophiás vándorlóp. Lépképzés. (Sebészet, 1902. 5. szám. Magyar Orvosok Lapja). A malaria következtében hypertrophizált vándorlóp kocsánycsavarodása miatt Bessel-Hagen összeállítása szerint 5 esetben végeztek lépképzést és ezek közül meghalt 2.

Jelen eset e csoportban a hatodik és egy 35 éves, nullipara, V. hónapos grávida nőt illet. Gyermekkorában hosszabb ideig szenvedett maláriában. 1902. augusztus 26-dikán teher emelése után hirtelen rosszul lett, hasában igen nagy fájdalmat érzett és ettől fogva folyton hányt.

Szerző a betegnél a stenosis ostii venosi sin. és gravid uteruson kívül a has középvonalában a köldök és proc. xyphoid. között egy félholdalakúan kiemelkedő képletet talált. E képlet egészben véve a hasban haránt irányban fekvő és megnagyobbodott lép alakját mutatta, a colon transversumot comprímálta és a legkisebb érintésre is rendkívül fájdalmas volt. A normális léptompulat azonban ki volt kopogtatható. A diagnosist megnehezítette azon körülmény, hogy beteg sem e tumorról, sem arról, hogy vándorlépe lett volna, tudomással nem bírt.

Hányása négy napig tartott. Széklet nem mentek, beöntésre igen kevés széklet volt. A peritonealis érzékenység és a bél passagezavarai napról-napra súlyosbodván, 1902. szeptember 5-dikén Herczel tanár megoperálta a beteget. Ekkor kitért, hogy a tumor hypertrophiás vándorlóp, a mely $2\frac{1}{2}$ -szer csavarodott kocsánnyal bír. A kocsány két harántujnyi vastagságú, a csavarodás mögött a pancreas farka is kocsányát képezi a daganatnak. A tumor a colon transversumot comprímálta, a hasfali peritoneummal, csepleszszel, lig. gastrocolicummal össze volt növe. A kiirtott lép 1520 gramm súlyú.

A normális léptompulat helyén a máj bal lebenye foglalt helyet.

Beteg a műtét utáni 6. napon meghalt. A bonczolatnál a műteti területen genyes beszűrődésnek avagy peritonitisnek nyoma sem volt. Szív részéről endocarditis chron. fibrosa et verrucosa valvulae mitralis cum stenosi ostii venosi sin. et hypertrophia dilatationeque atrii sin. Legfeltűnőbb elváltozás a gravid uterusban endometritis decidualis purulenta képeben mutatkozott. A purulens endometritist Reichel kísérletei alapján oly módon magyarázza szerző, hogy a 11 napig strangulált bél fala átjárhatóvá vált a microorganismusoknak, ezek a hashártya üregébe jutva

azon elváltozást nem idéztek elő, hanem onnan felszívódva a deciduán okoztak helyi megbetegedést.

Zboray Béla.

Szász E. H.: Az „esthiomene“-ről. (Magyar Orvosok Lapja, II. évf. „Szülészeti és Nőgyógyászati“ melléklet 4. sz.) Sz. az „esthiomene“-nek 7 esetét közli és észleletei alapján főleg e kör alak aetiologiájának kérdésében foglal állást. Nem oszthatja azok véleményét, kik a folyamatot illetőleg kizárólag a lüest tekintik aetiologiai tényezőkné (Schröder, Landau, Walsch stb.), mert ő csak egy esetében volt képes előremint lüest kimutatni. Észleletei alapján inkább „Lassar, Koch, Jadassohn felfogását osztja, kik a vulva elephantiasának fejlődését a környéki lüestből és a nyirokmirigyek negatív funkciójából eredő kölesönhatásból magyarázzák.

A therapia a bántalommal szemben tehetetlen: a fekélyek a rosszul táplált, elephantiasztikus szöveteken gyógyulási hajlamot nem mutatnak s másrészt az oedema visszafejlődését akadályozzák.

Adler Oszkár.

Vedeler: Cystitis hos Kvinden. (Nörsk. Mag. for. Lägevid 1902. 1. sz.) 10,000 gynaekologiai eset közül szerző 380 = 34%-ban talált cystitist. A cystitis legfőbb okai nőknél urethritis és endometritis. Tuberculosis és katheter-injectiók aetiologicus ritkán jönnek számításba. Leggyakoribb volt a cystitis férjes asszonyoknál.

Okut eseteknél szerző kezelésnél copaiva és Fol. uvae ursit ajánl; ezen kezelés eredménytelenségénél közönséges vízzel való öblítést, mely ép oly jó hatású, mint bórsav. Arg. nitr. szerző szerint csak chronikus esetekben ajánlatos. (Ref. Centralbl. f. Kr. der Harn- und Sexualorgane.)

Weisz Ferencz.

Hahn, W.: Ueber die Beziehungen zwischen Blasen-erkrankungen und Myomen mit Rücksicht auf die Prognose derselben. (Münchener mediz. Wochenschrift 1902. 40. sz.) Az asszonyok igen gyakran szenvednek cystitisben. A rossz szokásból eredő hosszú vizeletretention kívül a méh rendellenességnek itt nagy szerep jut, a mennyiben a hólyagot nyomják. Anteflexiók, anteversiók és anteflexioversiók a hegyes szögben meghajlott méhtest által a hólyagra erőlyes nyomást gyakorolnak. Csekélyebb nehélyek retroversiót és retroflexiót idéznek elő. Myomák az ily helyzet által előidézett compressiót fokozzák. A hólyag-nehélységek gyakran a myoma által előidézett egyedüli tünet. Incarceráló myomák vizeletnehézséget okoznak, mint egy retroflectált, beékelődött gravid uterus. Az operatio gyakran megszünteti a vizeletnehézségeket, habár egyes esetekben, hol a myomák éveken át nyomást gyakorolnak, az nem igen valószínű. Myomáknál azért hólyagtünetekre is kell ügyelni, és ha ilyenek találtnak, még más tünetek hiányánál is, a korai operatio határozatossá el.

Weisz Ferencz.

Bierhoff, Fred: Die Technik der Cystoscopie beim Weibe. (Med. News 1902. máj. 3.) B. körülbelül 1000 vizsgálatot végzett mindkét nemnél, és tapasztalatai Casperével egyeznek, mely szerint a cystoskop bevezetése nőnél könnyebb, mint férfinnél, de a hólyagbéli vizsgálat nőnél sokkal nehezebb. Ez onnét van, mert legtöbbször oly hólyaggal van dolgunk, mely a bemenetnél (Trigonum) vagy conturjaiban a medenczebéli szervek pathologikus elváltozásai által rendellenes alkotású. B. következők útmutatásokat ad: A hólyagnak fémkatheterrel való kiürítése után ez bőségesen kiöblítésék mindaddig, míg a vizelet teljesen tiszta. A hólyag öblítésére, valamint az azt követő telődésére az 1% bórsavat rendszerint elégséges 200—300 ccm.; erősen lobos folyamatoknál, a hol a hólyagba csak kevés mennyiség fecskendezhető, 1% cocain- vagy 2% betaeuain-oldatokkal utóbbi kevésbé érzésteleníthető, ép úgy néha szükséges lehet, az urethra rendkívüli érzékenységénél a bemenetnél egy 2%-os cocain-oldatba áztatott vattacsíkot rövid időre betenni. A legközelebbi lépés és B. szerint a legfontosabb a hólyag üregének alapos vizsgálata, a mikor a még meg nem világított cystoskop sondaként szerepel. Infectiók kerülése céljából B. prophylactikus intézkedésként, úgy tükrözésnél, mint minden instrumentális beavatkozásnál a húgycsőben vagy hólyagban, pár nappal megelőzőleg urotropint szedet 0.5 gm. adagban naponta 3-szor. Midőn az uterus helyzetéről, annak fekvéséről, továbbá arról, vajjon van-e jelen daganat vagy sem, meggyőződünk, a hólyag világításához fogunk, a mikor rendkívüli figyelemmel a trigonum tájékát nézzük, mert ez az elváltozások leggyakoribb székhelye; itt találni a lobos elváltozások és tumorok legnagyobb részét, valamint kö-

veket és más idegen testeket. A hólyag anaesthesiáját B. lehetőleg kerüli, miután az érzéketlen hólyagnyalakártya nagyfokú égését és másodlagos fertőzést észlelte, még ha rendkívül ügyesen végeztetett is a tükrözés. Az ureterek feltalálása sokszor rendkívül nehéz és nagy gyakorlatot igényel, miután úgy székhelyük, mint alakjuk nagy változatosságot mutat. Egyes eddig homályos hólyag- vagy vesemegbetegedéseknél kitűnő diagnostikus segédeszközként vált be a hólyagtükrözés, mely az óvatos orvos kezében nem kell, hogy veszélyessé váljék. *Weisz Ferencz.*

Ameiss, F. C.: Női húgycsőben beékelte kő. (St. Louis med. Rev. 1902. máj. 12.) 32 éves nőnél, ki hónapok óta gyakori és fájdalmas vizelési ingerben szenvedett, az urethrán az orificiumtól egy centiméternyi távolságban egy mogorónyi oxalatkő találtatott. A húgycsőnek cocainnal való érzéstelenítése után az extrahálható volt. (Ref. Monatsh. f. pract. Dermat. XXXV. k. 12. sz.) *Weisz Ferencz.*

Orgler: Zur Prognose und Indication der Ovariectomie während der Schwangerschaft. (Archiv f. Gyn. 1902. 65. köt. 1. füz.) Régebbi statistikák és saját maga által összeállított 148 eset kapcsán arra a következtetésre jut, hogy az ovariectomia indicatioja a terhesség alatt ép úgy fennáll, mint terhességen kívül. Sőt ha tekintetbe vesszük, hogy az ovarialis tumor a terhességet, szülést és gyermekágyat mily kedvezőtlenül képes befolyásolni, a terhességnek lehetőleg a kezdetén végzendő a műtét. A mortalitás nem nagyobb, mint terhességen kívül végzett ovariectomiáknál (2-7%). Abortus következett be az operált esetek 22-5%-ában. Igaz, hogy expectativ eljárásnál az abortusok száma csak 17%-ot tett ki, de ezeknél az eseteknél a terhesség végén bekövetkezett szülés alatt a magzatok 39%-a pusztult el. A terhesség alatt végzett ovariectomia a szülést nem befolyásolja. A műtét módját illetően a laparotomia a leghelyesebb. Vaginalis úton csak könnyen hozzáférhető, összenövésekkel nem komplikált, unilocularis cysta távolítható el (148 eset közül 7-ben történt hüvelyi műtét). De éppen a terhesség végén, vagy a szülés alatt észlelés alá kerülő, a medenczébe ékelte tumoroknál jó a vaginalis út, mert csak így kerülhetjük el a császármetszést. *Hevesi.*

Graefe M.: Wann bedarf eine Retroflexio uteri der Behandlung? (Samml. zwanglos. Abhandl. V. Bd., H. 2.) A retroflexio uteri a méhnek, gyakran minden tünet nélkül fennálló, deviatioja és mint ilyen, ha más okból végzett vizsgálat alkalmával constatáljuk is, kezelést nem igényel. Egyenesen veszedelmesnek tartja G. a nem komplikált retrodeviatiók kezelését virgókánál és hysteriás nőknél, kiknél már maga a genitáliák érintése is károsan hathat. Ezeknél különösen a folytonos vefelöglalkozást (pessariumok kicserélése, mindennapos öblítések) igénylő orthopaediás kezelés kerülendő; szükség esetén inkább a műtét út, főleg a veszélytelen és hatásában megbízható Alexander-Adams-féle műtét választandó. A mobilis retroflexio kezelését azonban G. is szükségesnek tartja: 1. a descendált petefészkek repositioja érdekében, 2. ha egy steril házasságnak esetleg a deviatio képezheti okát és 3. ha a reflectált méh duzzadt, hyperaemiás, érzékeny. A reponált méh retentiojára ily esetekben a pessarium is alkalmazható, a mely hosszabb-rövidebb idő után, ha már a kezelést javuló szövödmények meggyógyultak, ismét eltávolítható. A reflectált terhes méh gyakran spontán kiemelkedik a keresztvájulattól; ha azonban az incarcerationis jelei mutatkoznak vagy előző terhességek abortussal véződtek: a repositio mindenesetre eszközözlendő. Ha a terhes méh reflectált helyzetében alszalagok által fixálva van és repositioja bimanualiter vagy kolpeurynter segítségével ismételt kísérletek után sem sikerült: G. a laparotomiát ajánlja a lenövések megoldására és a méh reponálására, mely eljárással lehetségesse tehető a terhesség kiviselése. *Adler Oszkár dr.*

III. Bibliographia.

1. Magyar szakirodalom 1902-ben.

O. H. = Orvosi Hetilap. — Gyn. = Gynaekologia. — Gy. = Gyógyászat. — Kl. F. = Klinikai Füzetek. — O. L. = Orvosok Lapja. — M. O. L. = Magyar Orvosok Lapja. — Szül. és nőgy. = Szülészet és nőgyógyászat, a Magyar Orv. Lapja melléklete. — M. O. A. = Magyar Orvosi Archivum. — B. K. = Bábakalauz. — O. E. = Orvosegyesület. — K. O. = Közkórházi Orvostársulat. — E. K. = Évkönyv. — Gyn. sz. = Gynaekologiai szakosztály. — M. T. A. = Magyar Tud. Akadémia.

Bársony János. Megemlékezés Kézmárczkyról. Gyn. 58. — **Bäcker József.** Lobos adnextumok. (Gyn. sz. 1902. jan. 21.) Gyn. 42. — **Biró**

Gyula. Vulvovaginitis diphtheritica (K. O. 1902. febr. 12.) E. K. 27. — **Carcinoma corporis uteri** két esete. (Gyn. sz. 1902. jan. 21.) Gyn. 44. — **Berend Miklós.** Az újszülött és csecsemő táplálásáról. B. K. 197. — **Cukor Miklós.** A nő hasi szerveinek dislocatiojáról, azok okairól és elhárításáról. M. O. L. 56., 72., 120. — **Deutsch Ernő.** Csecsemőkórházak és külön rendelő-intézetek csecsemők részére. M. O. L. melléklet. Szül. és nőgy. 27. — **Deutsch Ernő.** a) Megjegyzés Orbán Rezső dr. „Csecsemőkórházak létezéséről” cz. cikkéhez. M. O. L. 316. b) Megjegyzések Szana Sándor dr. „A csecsemőkórházak ügye különös tekintettel Magyarországra” cz. közleményéhez. M. O. L. 395. c) Közlemények a csecsemőgyógyászat köréből. M. O. L. 683. — **Dirner Gusztáv.** a) A terhesség korai megismerése. M. O. L. melléklet. Szülészet és nőgyógy. 1. b) Mesterséges koraszülés. Szül. és nőgy. 41., 69. — **Dirner Gusztáv.** Emlékbeszéd Kézmárczky Tivadar felett. B. K. 112. — **Dirner és Fonyó.** A petevezető elsődleges rákjának két esete. Szül. és nőgy. 21. — **Doktor Sándor.** Méhfibroma. Gy. 532. — **Elischer Gyula.** Gyászbeszéd Kézmárczky Tivadar felett. Gyn. 58. — **Elischer Gyula.** A heroinum alkalmazásáról a nőgyógyászatban. M. O. L. 216. — **Elischer Gyula.** Méhenküli terhesség operált esete. (K. O. 1902. okt. 9.) E. K. 109. — **Fleischl Lajos.** Koraszülés és syphilis. M. O. L. 456. — **Fonyó János.** Carcinoma vulvae esete. Szül. és nőgy. 54. — **Frenreisz Ferencz.** Az ikerterhességről. Gyn. 81. — **Gellért Sándor.** Ren mobilis. Kl. F. 1. 4. f. — **György Tibor.** Semmelweis vagy Holmes? O. H. 663. — **Hevesi Arthur.** Kussmaul Semmelweisnél. Gyn. 5. — **Hoffmann Péter.** A méhrepedés keletkezéséről és kezeléséről. Szül. és nőgy. 7. — **Hoffmann Péter.** A méhrepedésről. B. K. 41. — **Iednyi Kornél.** Ritgen-Olshausen műfogása. Szül. és nőgy. — 4. Prolapsus urethrae esete. Szül. és nőgy. 33. — **Iednyi Kornél.** A gyermekágyi rendellenességeiről. B. K. 101., 121. — **Jellachich István.** A rohamos szülésről. Gy. 468., 487., 518., 536. — **Konrád Márk.** Császármetszés dermoidecysta által okozott medenczeszűkület miatt. (Biharmegyei orvos-gyógyászati és természet-tudományi egyesület 1901. nov.) O. H. 557. — **Konrád Márk.** Ikerszülés. (Biharmegyei orvos-gyógyász. és term.-tud. egyesület 1902. márcs. 1.) O. H. 606. — 1. Kettős sipolylyal bíró műtett és a műtét óta szült nőt mutat be. 2. Ovarialis cysta. (Biharm. orvos-egylet. 1902. április havi ülés.) O. H. 653. — **Konrád Márk.** 1. Ovariectomia. 2. Myoma. (Biharmegyei orvos-gyógyász. és term.-tud. egyesület 1902. május havi ülés.) O. H. 654. — **Köröndöczi** a bábautatás tárgyában. O. H. 697. — **Kubinyi Pál.** Ruptura uteri két esete. (Gyn. sz. 1901. nov. 12.) Gyn. 18. — **Kubinyi Pál.** Pseudomalakiás medencze praeparatum. Echinococcus hepatis. (Gyn. sz. 1902. jan. 21.) Gyn. 44. — **Kubinyi Pál.** Ruptura uteri completa esete. (O. E. 1902. márcs. 8.) O. H. 197. — **Lenhossék Mihály.** A chorionról. (M. T. A. 1902. febr. 17.) O. H. 141. — **Lovrich József.** Ovarialis abscessus két esete a corpus luteumban. (Gyn. sz.) Rendes helyen tapadó lepény időelőtti leválása abortussal. (Gyn. sz.) Gyn. 17. — **Lovrich József.** Sarcoma ovarii. — Partus conduplicato corpore. — Sarcoma uteri. (Gyn. sz. 1901. decz. 12.) Gyn. 20. — **Minich Károly.** Carcinoma ureteri fornicem vaginae perforans. (K. O. 1902. márcs. 5.) O. H. 403. — **Nádory Béla.** Decapitatio Kézmárczky-féle ércsareurel. Gy. 4. — **Nenadovics Lázár.** A német orvosok és természetvizsgálók 74-dik vándorgyűlése szülészeti és nőgyógyászati szakosztályának tárgyalásai. Gyn. 138. — **Nenadovics Lázár.** A franszbadi lápföldfürdők hőfokának, sűrűségének és tartalmának tudományos megállapítása a női betegségek gyógykezelésében. M. O. L. 344. — **Neumann János.** Öt szülés egy általánosan szűk medenczéjű asszonynál. M. O. L. 640. — Egy monstium rendkívüli módon kifejődött feje mint szülési akadály. M. O. L. 748. — **Neumann Szigfrid és Vas Bernát.** Az ovariumkészítmények adagolásának befolyásáról a szervezet anyagcseréjére. M. O. A. 96—117. — **Orbán Rezső.** Anyatej és mesterséges táplálás. Kl. F. 3. f. — **Palotai Andor.** Arczfékvesekről. Gyn. 1. — **Palotai Andor.** Tizenhat éven alüli először szülők. Gyn. 97. — **Pauer Károly.** Uterus duplex separatus esete. Gyn. 12. — **Pfeifer Gyula.** A baba felelőssége. B. K. 61. — **Piatzer Sándor.** Jogosult-e a helyi kezelés fürdőkúra alatt? (Gyn. sz. 1901. nov. 12.) Gyn. 17. — **Pozsonyi Jenő.** Fibrosarcoma ovarii lat. sin. (K. O. 1902. nov. 12.) E. K. 132. — **Reisz Mór.** Méhkiördülés és előesés szülés után. Gy. 676., 696. — **Rothbart J. A.** IV. nemzetközi szül. congressus Rómában. M. O. L. 45. — **Schopf J.** Thure Brandt szerint kezelt dysmenorrhoea stb. esetei. O. H. — **Scipiadés Elemér.** Az ophthalmoblenorrhoea neonatorum prophylaxisának kérdése. Gyn. 9. — **Scipiadés Elemér.** Még néhány szó az argentum acetium értékéről az ophthalmoblenorrhoea neonatorum prophylaxisában. Gyn. 69. — **Steinberger Sarolta.** Az orvosnők története. Gyn. 36. — **Szabó Sándor.** Az endometritis kezeléséről. Gy. — **Szana Sándor.** A csecsemőkórházak ügye, különös tekintettel Magyarországra. M. O. L. 328., 345., 361., 378., 394., 397. — **Szántó Manó.** Metrorrhagia praetuberculosa. Gy. 359. — **Szász E. Hugó.** A placentának a foetus halála által előidézett histologiai elváltozásairól. Gyn. 117. — **Szász E. Hugó.** Az esthioménéről. Szül. és nőgy. 61. — A vulva leukoplakiás elváltozásai. Bőr- és bűjakórtan. 25. — **Szász Hugó.** a) Fibroma és carcinoma combinatioja a méhben. Exstirpatio totalis abdomin. sec. Doyen. Gyógyulás. b) Cloacakepződés typhus abdominalis után. (Gyn. sz. 1901. nov. 12.) Gyn. 18. — **Székely Zsigmond.** Submucosus myoma okozta inversio uteri. Gy. 500. — **Székely Zsigmond.** Endometritis tuberculosa miatt végzett hysterectomia vaginalis esete. (K. O. 1902. nov. 26.) E. K. 142. — **Szontagh Félix.** A csecsemő táplálásáról szóló tan mai állása. M. O. A. 1—32., 165—190. — **Tauffer Jenő.** Ismétlődő bábautanfolyam Temesvárott. M. O. L. 488. — **Tauffer Vilmos.** Kormánybiztosi „Jelentés” a bábaut. országos rendezéséről. 1901. Budapest 1902. — **Tauffer Vilmos.** Fistula vesico- et recto-vaginalis. (Gyn. sz. 1902. ápr. 9.) Gyn. 75. — **Tauffer Vilmos.** Kézmárczky Tivadar + O. H. 353. — **Temesváry**

Rezső. A gynaekologia halottjai. Gyn. 2., 26., 82. — *Temesváry Rezső*. A római nemzetközi gynaekologiai congressusról. Gyn. 98. — A IV. nemzetközi gynaekologiai congressus tudományos tárgyalásai. Gyn. 105. — *Torday Ferencz*. Gelatina beöntésre gyógyult melaena neonatorum. (O. E. 1902. jan. 18.) O. H. 66. — *Tóth István*. Spontán szülés dermoid mellett. (Gyn. sz. 1901. decz. 12.) Gyn. 20. — *Tóth István*. Casuistikus közlések a Tauffer Vilmos tanár vezetése alatt álló II. számú női klinikáról. Gyn. 25. — *Turcsányi Imre*. Lelenczek és lelenczházak. B. K. 84., 107., 127. — *Tuszkai Ödön*. Észlelések szívbaajos terheseknél. Adatok a hyperemesis gravidarum kérdéséhez. (Gyn. sz. 1902. márcz. 4.) Gyn. 73. — *Tuszkai Ödön*. Foetus papyraceus. (O. E. 1902. márcz. 8.) O. H. 261. — *Tuszkai Ödön*. A vérzésekről. B. K. 2., 21. — *Vas Bernát*. Adatok ovarium-készítményekkel végzett anyagcserevizsgálatokról. O. H. 4. — *Walkó Rezső*. Kézmárszky Tivadar. 1842–1902. O. L. 355. — *Walla Béla*. Ruptura uteri gyógyult esete. (Gyn. sz. 1901. nov. 12.) Gyn. 17. — *Walla Béla*. Ruptura uteri gyógyult esete. (O. E. 1902. nov. 29.) O. H. 803. — *Wenczel Gusztáv*. Ikerplacenta ritkább esete. (Gyn. sz. 1902. márcz. 4.) Gyn. 72. — *Winternitz Arnold*. 11 éves leány tengelycsavarodást szenvedett ovarialis teratómája. (O. E. 1902. jan. 25.) O. H. 103. — *Zaborszky István*. Deciduoma malignum. (Gyn. sz. 1902. ápr. 9.) Gyn. 75. — *Zboray Béla*. A harántfekvésről. Gyn. 61.

2. Külföldi szakirodalom.

(Könyvek, dissertációk, thèse-ek.)

Alst H. Die Geburten der Frauen unter 140 cm. Grösse. 1902. — *Artus A.* Des pseudo-métrites. 1902. — *Aschkanasy W.* Zur Pathologie der vorzeitigen Lösung der normal sitzenden Placenta. Königsberg, 1902. — *Aveline P.* De l'orthoforme, de quelques accidents causés par son emploi partiel. en obstétrique. 1902. — *Bachmann O.* Über den Wert der sogenannten Wehenmittel. Breslau, 1902. — *Backhaus F.* Über Entstehung und Behandlung der kompletten Darmrisse. Kiel, 1902. — *Ballantyre J. W.* Manual of antenatal pathology and hygiene: the foetus. New-York. — *Balatre G.* De pyélonéphrites gravidiques et de leur traitement. 1902. — *Baumhöfener H.* Die mit chron. Nephritis complicierten Geburtsfälle der Marburger Entbindungsanstalt aus den Jahren 1883–1900. 1902. — *Bayer H.* Vorlesungen über Geburtshilfe. I. Bd. 1. Heft. Entwicklungsgeschichte des weibl. Genitalapparates. 1903. — *Bernoud F.* De la pyélo-néphrite gravidique. Bord. 1902. — *Boursier H.* Précis de gynécologie. Paris. — *Boursier A.* Précis de gynécologie. 1902. — *Byford H. T.* Manual of gynecology. Philadelphia. — *Charpy C. J.* Formes rares de phlébite pendant la grossesse et de suites de couches. 1902. — *Chrobak.* Berichte aus der 2. geburtsh.-gynäkologischen Klinik in Wien. II. Wien, 1902. — *Clergeau P.* Sur les différenciations adiposes et pigmentaires du type féminin au point de vue de la physiologie, de l'art et de l'anthropologie. 1902. — *Cohn E.* Über den antiseptischen Wert des Argentum colloidalis Credé und seine Wirkung bei Infection. Königsberg, 1902. — *Couvreux Cl. L.* Les hémorrhagies des kystes de l'ovaire. 1902. — *Coze F.* Des vomissements incoercibles de la grossesse (traitements récents). 1902. — *Curmer A. E.* De l'hystéropexie et de ses procédés opératoires. 1902. — *David Ed.* Du traitement du cancer utérin par l'hystérectomie abdominale totale. 1902. — *Delagénère H.* De la tuberculose congénitale de la femme et de ses complications péritonéales. Cysto-péritonite tuberculeuse, Ascite tuberculeuse. 1902. — *Doche J.* De la grossesse ovarienne. 1902. — *Doederlein A.* Über Entstehung und willkürliche Bestimmung des Geschlechts. 1902. — *Ehrlich C.* Die Gesichtslagen in der Münchener Universitäts-Frauenklinik in den Jahren 1896–1900. Rostock, 1902. — *Fresson H.* Indications et manuel opératoire dans le traitement de l'inversion utérine. 1902. — *Frommel.* Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie. 1901. Wiesbaden, 1902. — *Garrigues H. J.* Textbook of science and art of obstetrics. 1903. — *Giuljides C.* Über Peritonitis tuberculosa und ihre Heilbarkeit durch Laparotomie. München, 1902. — *Gossrau G.* Beobachtungen über die Dauer der Schwangerschaft. 1902. — *Gottschalk A.* Sectio caesarea aus relativer Indikation. 1902. — *Guichard P.* Considérations sur la puériculture intra-utérine. 1903. — *Guttwiein V.* Über die Symptomatologie der Retroflexio uteri. Greifswald, 1902. — *Heimerdinger K.* Über das uterine Flimmerepithel speziell bei Erkrankungen der Gebärmutter. 1902. — *Hennicke H.* Über einen Fall von Sarcoma uteri mit ausgehnter sarcomatöser Thrombose der Venae cavae et uterinae und der Vena spermatica. Halle, 1902. — *Hirsch Henry.* Zur Lehre von der Placenta praevia. 1902. — *Hirsch O.* Uterus bicornis bicollis mit Hemiatresie des einen Horns, Vagina subsecta und Ligamentum recto-vesicale. München, 1901. — *Hirt L.* Zur Kenntniss der Zwillingschwangerschaft. Breslau, 1902. — *Hoestermann G.* Das primäre Scheidensarkom der Kinder und Erwachsenen. Bonn, 1901. — *Hoos E.* Zur Kenntniss der Tubo-Ovarialcysten. 1901. — *Hübl Hugo.* Über das Chorio-Epithelium der Vagina bei sonst gesundem Genitale. Wien, 1903. — *Josephson C. D.* Lärobok i gynekologi. 1903. — *Mlle. Kanter A.* Fièvre typhoïde et grossesse. 1902. — *Köhler Max.* Beobachtungen über das Vorliegen und über Vorfall der Nabelschnur in der Frauenklinik. Halle, 1900–1901. 1902. — *Lauvray J. Ch.* De l'opération césarienne dans ses rapports avec les grossesses et les accouchements ultérieurs. 1902. — *Leclerc-Montmoyen Fr.* De l'involution utérine dans l'albuminurie. 1902. — *Leiteisen G.* Du rôle du surmenage physique dans l'écllosion des psychoses puberté. 1902. — *Lemoine L.* La suppuration des kystes de l'ovaire. 1903. — *Lernbecher P.* Beitrag zur Kasuistik der Bindeesubstanz-, Drüsen-, Mischgeschwülste der Brustdrüse. 1902. — *Löw O.* Die Chemotaxis der Sper-

matozoen im weiblichen Genitaltract. 1903. — *Lüdden E.* Irrtümer bei der Diagnose der Schwangerschaft in vorgerücktem Stadium. 1901. — *Lübmann O.* Ein Fall von Spindelzellensarkom des Uterus mit multipler Metastasenbildung. Kiel, 1902. — *Madelaide E.* Les vomissements incoercibles de la grossesse. 1902. — *Magniez L.* Du pronostic et du traitement de l'appendicite pelvienne. 1902. — *Menne E.* Zur Kasuistik der Tuberkulose der weiblichen Sexualorgane bei virginellem Genitalbefunde. Greifswald, 1901. — *Michel J. M.* De la réduction instrumentale des positions postérieures du sommet et de la face. De la traction bilatérale divergente sur les lacs du forceps. 1902. — *Mohrmann R.* Über die Entstehung des Puerperalfiebers auf haematogenem Wege. 1902. — *Muehl G.* Rudimentäre Entwicklung von Uterus und Vagina. Greifswald, 1902. — *Nigoul M.* La stomatoplastie par évidement commissural du col (opération de Pozzi), traitement de choix de la stérilité par sténose du col de l'utérus. 1902. — *Norris R. C.* and *Dickinson, Rob. L.* An American textbook of obstetrics. Philadelphia. — *Odefey T.* Kasuistische Beiträge zur Lehre von Fremdkörpern des Uterus. Kiel, 1902. — *Mme. Oltramare, née Gay.* Sur la généralisation aux voies lymphatiques du cancer de l'utérus. 1902. — *Pacalin J. G.* De la grossesse à la fois utérine et extra-utérine. 1903. — *Puech P.* Guide de thérapeutique obstétricale. Paris. — *Rabier J.* De la torsion des trompes. 1902. — *Rapin O.* Manuel d'accouchement à l'usage des sages-femmes. 1902. — *Rosenthal E.* Die Fälle von künstlicher Lösung der Placenta und deren Folgen (1890–1900). München, 1902. — *Rosinski B.* Die Syphilis in der Schwangerschaft. Stuttgart, 1903. — *Rost G.* Ein Beitrag zu den Vaginalcysten. Kiel, 1902. — *Sachs B.* Zur Diagnose der Bauchdecken-tumoren. — *Scheu E.* Über Gravidität bei Uterus bicornis septus cum vagina septa. München, 1902. — *Schrempf E.* Beitrag zur Lehre von der Hinterscheitelbeineinstellung. Königsberg, 1902. — *Seitz L.* Über intrauterine Todtenstarre und die Todtenstarre immaturer Früchte. 1902. — *Stein A.* Die Spätausträge der Extrauterinschwangerschaft. Strassburg, 1901. — *Stieda A.* Über das Psammocarcinom des Uterus. 1901. — *Stroeder Rich.* Kaiserschnitt in Folge Narbenstenose der Scheide. 1902. — Text-book of obstetrics by various authors. — *Trespe R.* Beitrag zur Kraurosis vulvae. Breslau, 1902. — *Troin V.* Des kystes de l'ovaire dans la grossesse. 1902. — *Tschernomordik S.* Über Eklampsie auf Grund der in den Charité-Annalen d. B. 16–35 veröff. Fälle. 1902. — *Tschernomordik S.* Über Eklampsie. Berlin, 1902. — *Ungar E.* Zur Frage der Verwerthbarkeit der Lungenschwimmprobe bei Keimgehalt der Uterushöhle. 1902. — *Ungar E.* Bemerkungen zu der von Placzek angegebenen neuen Lungenprobe. 1902. — *Vaeth G.* Über den Geburtsverlauf bei Rückenmarkserkrankungen und Rückenmarksverletzungen. 1901. — *Vorbe E.* De la pachyvaginalité (hématoécèle de la tunique vaginale) et de son traitement par la castration. 1902. — *Ziegenspeck R.* Geburtshilfliche Nothilfe. München.

IV. Folyóiratok átnézete.

1. Magyar lapok.

Bába-Kalauz. 1902. 12. sz. *Rákosi.* Az egy-gyermekrendszer a Dunántúl. — 1903. 1. sz. *Hoffmann.* Férjek a gyermekágyban. 2. sz. *Szücs.* Benőtt méhszáj esete. 3. sz. *Rajnai.* Hippokratés a szülésről. **Gynaekologia.** 6. sz. *Szász E. Hugó.* A placéntának a foetus halála által előidéztet histológiai elváltozásairól. — *Nenadorics.* A német orvosok és természetvizsgálók 74. vándorgyűlése szülészeti és nőgyógyászati szakosztályának tárgyalásai. **Gyógyászat.** 1903. 4. sz. *Reuter.* A terhesség alatt fejlődött elmezavar. **Magyar Orvosok Lapja.** 1902. 49. sz. *Berend.* Adatok az ájszülöttek és csecsemők szájbántalmainak tanához. — 1903. 5. sz. *Veit.* A terhesség complicatioja szívhajjal. — *Bör- és bujakörtan.* 4. sz. *Szász E. Hugó.* A vulva leukoplakiás elváltozásai. — *Sebészet.* 1903. 1. sz. *Herczel.* Uretero-pyelostomiával gyógyított uronephrosis. — *Közegészségügy.* 1903. 1. sz. *Adler Oskár.* A füzőről. **Orvosi Hetilap.** 1903. 9. sz. *Góth Lajos.* Rothadó magzat visszataartása a méhben. — Gátképlés után fellépő tetania. — Herpes zoster terheseknél. **Orvosok Lapja.** 1903. 2. sz. *Dillnberger Emil.* Az elvetélés és annak jelentősége a gyakorló orvos szempontjából. — 3. sz. *Adler Oskár.* Gynaekologiai műtétek a szegény-praxisban. — 4. sz. *Kern Géza.* Az abortus kezelésének mai állása.

2. Német lapok.

Allgemeine medicinische Centralzeitung. 1903. 3. sz. *Sandberg-Doebels.* Brandt kezelési módszeréről női bajoknál és annak egy némely különös sajátosságairól. — 8. sz. *Most.* Congenitalis fejlődési anomaliák egy esete. **Archiv für Gynäkologie.** 67. f. 3. k. *Bergholm.* Terhesek hüvelyváladékában található mikroorganizmusokról. — *Poten.* A chorionbolyhok széthordásáról. — *Braitenberg.* Acut hydramnion egy esete egy petéjű hármas magzatnál. — *Darger.* A kraurosis vulvae ismeretéhez. — *Voigt.* Papillaris adenomák egyidejű fennállása a vesében és méhben metastasis-képzéssel. — *Fleck.* Adalék a hydrorrhoea gravidarum aetiologiájához. — *Braun-Fernwald.* A méhen kívüli terhesség aetiologiájáról, kórisméjéről és terapiájáról. — 68. k. 1. f. *Bardleben.* Adalék az anus anomalus vulvovaginalis szülészeti, gynaekologiai és fejlődéstani jelentőségéhez. — *Kroemer.* A tubaris petebeágyazás vizsgálatáról. — *Blumreich.* Vonatközüsi összefüggés parametrikus exsudatum, terhesség,

szülés és gyermekágy között. — *Eversmann*. Adalék a felső végtag szülési bénulásainak aetiologiájához. — *Knapp*. Az eklampsia kérdéséhez. — *Freund*. Válasz.

Archiv f. path. Anatomie. 170. k. 2. f. *Naegeli-Akerblom*. A genitalis öröklési viszonyai.

Berliner klin. Wochenschrift. 1902. 51. sz. *Pick*. A teratomák ismeretéhez. — 1903. 6. sz. *Bodenstein*. Max Säger †.

Centralblatt für Gynäkologie. 1902. 50. sz. *Wodarz*. A placenta circumvallata szövettani alkata. — *Sippel*. A puerperalis pyaemia műtéti kezelése. — *Durlacher*. A méhszaj görcsös összehúzódása mint relatív szülési akadály. — *Kreutzmann*. Jogosult müté-e a méhnek a mellő hasfalhoz való odavarrása? — *Hink*. Kifőzhető bougie a Krause-féle methodushoz. — *Strojnoski*. Készülék lokális hidegnek a női genitaltraktusban való applikációjára. — 51. sz. Méhnyálkahártya totalis atrophijának egy esete. — *Graefe*. Primaer tubacarcinoma egy esete. — *Neumann*. Laparotomia utáni haematocoele tubaris terhesség nélkül. — *Neugebauer*. A Lorthioir által közzétett diphallia-eset. — 52. sz. *Bumm*. A vaginalis császármetszés technikája és alkalmazása. — *Palotai*. 16 éven aluli először szülő nők. — *Pincus*. A koruk szerint ivarérett leányok amenorrhoeája. — *Bensinger*. Septikus mastitis.

1903. 1. sz. *Schultze*. A magzat nemét befolyásoló okok problémájához. — *Küstner*. Indikálja-e a méhrepedés és császármetszést újabb terhesség esetében? — *Pfannenstiel*. Az aethernarcosis előnyeiről. — *Kroemer*. Az aethernarcosis technikája a giesseni női klinikán. — 2. sz. *Sittner*. Méhen kívüli terhesség újabb, koeliotomiával kezelt esetei élő magzattal. — *Krönig*. Rövid megjegyzés Kleinwächter „az art. hypogastrica mindkét oldali alakításának“ cz. válaszára. — 3. sz. *Lange*. Endothelioma ovarii egy esete. — *Osterloh*. A Bossi-féle dilatatorium. — *Semmelink*. A terhesség és szülés complicatioja végbélrákkal. — 4. sz. *Zangemeister*. A cervix, illetve a terhesség végső stadiumában levő vagy vajdó méhszájának eszközzel való tágitása. — *Pestalozza*. Gigli szerint végzett medence-öldalmetszés két esete. — *Wertheim*. A tájéki nyirokmirigyeknek méhnyálkahártyán való ismeretéhez. — 5. sz. *Gradenwitz*. A ventrofixationnak hátrányai. — *von der Bricle*. Császármetszés és ovariectomia beékelte petefészek-daganat miatt. — *Witthauer*. Primaer hasúri terhesség egy omentum-sarkon. — *Sintenis*. Az eklampsia kezeléséhez. — 6. sz. *Früsch*. Max Säger. — *Sippel*. Laparotomia utáni draina. — *Weiss*. Ruptura cervicis centralis anterior sub abortu. — *Funk*. Prolapsus uteri inversi egy esete. — *Burchard*. A Hegar-féle títartó egy módosítása. — 7. sz. *Piering*. Egyszerű hysterophor és lógó has s prolapsus elleni kötő. — *Kurrer*. A kolpeurynter töltésének technikájáról. — *Fraenkel*. Trokar-magfogó. — *Bong*. Egy módosított francia decapitáló eszközzel. — 8. sz. *Hofmeier*. A drainageről. — *Freund*. Indikált-e a császármetszés méhrepedésnél ismétlődő terhesség esetében? — *Miländer*. Az ovarium elmeszesedésének kasuistikájához. — 9. sz. *Füth*. A méhrepedés kasuistikájához és aetiologiájához. — *Hilschmann* és *Lindenthal*. A petének atypikus helyen való tapadásáról. — *Ferroni*. Adalék az egyazon tubában való ikerterhességnek tanulmányához.

Deutsche medicin. Wochenschrift. 1902. 46. sz. *Hecker*. A foetalis syphilis felismerése. — 51. sz. *Liepmann*. Az emberi placenta egy specifikus serum. — 1903. 1. sz. *Zweifel*. Orvosnak hivatalból történt bűntetése gáttarrat elmulasztása miatt. — *Michelet*. Alkalmazandó-e eurette abortusnál vagy nem? — 2. sz. *Baumbach*. A kihajtási időszak alatti hüvelyzszakadás kasuistikájához. — 3. sz. *Steffek*. Az utóbb kijövő fejnek új kezelési módja. — 4. sz. *Füth*. Diabetes mellitus és gynaekologiai mütétek. — 9. sz. *Veit*. A foetus táplálkozásának élettanához. — *Schulze-Vellinghausen*. Adalék az idült inversio uteri puerperalis konservatív mütéti kezeléséhez. — *Heinrich*. Terhesség és nephritis.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 16. k. 6. f. *Kermauner*. Placenta-retentio egy esete a retinált peterészletek vizsgálatával. — *Szili*. A lig. rotundumon levő adenofibroma egy esete. — *Schultz*. Petefészekátültetésről. — *Abraham*. A női gonorrhoea kezelése élesztővel. — 17. k. 1. f. *Stravoskiadis*. Az uterus változásai hevenyfertőző betegségeknél. — *Frank*. A nő hasúri belső szerveinek mütéti kérdéséhez. — *Hengge*. Pseudohermaphroditismus és másodlagos nemi jellem: pseudohermaphroditismus újabb három esete. — *Daniel*. A Schatz-féle metranoktéről. — *Hirschl*. Chorea gravidarum.

Münchener med. Wochenschrift. 1902. 47. sz. *Hegar*. Az uterus fibromájának műtéte. — *Hohlfeldt*. A csecsemők phthisise. — *Oswald*. A melaena neonatorum kezelése gelatinával. — 48. sz. *Evel*. A chloroform-narcosis a gynaekologiában. — *Goebel*. Portiocarcinomával komplikált terhesség. — 1902. 51. sz. *Gradenwitz*. A gyermekágy alatt fertőzött méh kiirtásáról. — 1903. 2. sz. *Axenfeld*. Ujszülöttek ophtalmiája és a gonococcus. — 4. sz. *Freund*. Atypikus myoma-mütétek. — *Kompe*. Kasuistikus adatok a torzképződéshez. — *Meinhold*. Terhességi haemoglobinuria további esete. — 5. sz. *Winternitz*. A szülészeti gynaekologia tanításának plastikus segédesszéiről. — 6. sz. *Müller*. A szülés kezelése szűk medencénél a magángyakorlatban. — *Hahn*. A kürtterhesség gyakoriságának és kóroktanának kérdéséhez. — 7. sz. *Burger*. Vérzés nélkül is fellép-e placenta praevia?

Prager med. Wochenschrift. 1903. 6. sz. *Hock*. Incontinentia urinae egyik makacs, paranflin-injectiók által gyógyult esete. — 8. sz. *Tauber*. Szülészeti és nőgyógyászat. — 9. sz. *Wurdack*. Tetanus puerperalis egy esete.

Therapeutische Monatshefte. 1903. 1. f. *Prochnov*. A vastagbél vaginalis eltávolítása.

Wiener klin. Rundschau. 1903. 6. sz. *Ostreich*. Arczfejkésekről. *Hink*. Bábafelszerelés a gyermekágy számára. — 8. sz. *Hahn*. A bábafelszerelésről.

Wiener klin. Wochenschrift. 1903. 2. sz. *Czerwenka*. Phlebotomik

a női genitáliákban. — 3. sz. *Chrobak*. A leukocyta-meghatározás értékéről a női nemi szervek megbetegedéseiről. — *Pollák*. Heterotopia egy fibrosus uterus polypus szöveti alkataiban. — 5. sz. *Chrobak*. Max Säger-ről. — 7. sz. *Kraus*. A vesico-vaginalis fistula jelentősége a szülészeti indicatióknál. — 8. sz. *Schopf*. Hernia obturatoria tubae et ovarii sinistra. — *Blau*. A cervix tágitása a Bossi-féle eszközzel.

Wiener med. Presse. 1902. 52. sz. *Woyer*. A méhszájnak syphilis által okozott hegcsükkülete mint szülési akadály. — 1903. 1. sz. *Schechner*. Adalék a placenta mesterséges leválasztásához. — 2. sz. *Rubeska*. A kaucukballon alkalmazásáról a szülészeten. — 5. sz. *Kakuschkin*. Hastyphus és terhesség.

Wiener med. Wochenschrift. 1902. 49. sz. *Jaklin*. Strictura vaginae mint absolut szülési akadály. — 50. sz. *Schatz*. Mikor áll be a szülés. — 52. sz. *Sellheim*. A női medencében normális fekvésű szerveknek új ábrázolási módja. — 1903. 1. sz. *Schauta*. A szülés megindítása belső bajok miatt. — *Benedikt*. Innen-onnan a gynaekologiában. — 2. sz. *Czerwenka*. Hyperaesthesia puerperalis.

Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie. 1903. 48. k. 2 f. *Dienst*. A placentaris daganatok alkatáról és histogenesiséről. — *Olshausen*. Oltási metastasisok és késői recidivák rákmütétek után. — *Oehlecker*. Mirigyvizsgálat méhrák 7 esetében. — *Hofmeier*. Az élő magzat perforatiojának jogosultságáról. — *Olshausen*. A drainage ellen. — *Schmauch*. Spontan keletkezett hólyaghüvelysipoly az uterusnak carcinoma miatt történt totalis exstirpációja után. Hólyagvérzések és az ulcus simplex vesicae perforans. — *Henkel*. Adalék a szülési mechanizmus tanához.

Zeitschrift für Heilkunde. 1903. 1. f. *Alfred*. Egy igen fiatal pathologikus embrióról.

3. Francia lapok.

Annales de gynécologie et d'obstétrique. 1903. január. *Hofmeier*. Az élő magzat perforatiojának jogosultságáról. — *Daniel*. Achondroplasia a foetusnál. — *Strohker*. A ligamentum latum fibromáiról.

Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris. 1902. nov. 25. *Delbet Pierre*. Perineorrhaphia. — Decz. 23. *Richelot*. Colpo-perineorrhaphia, prolapsus és laceratio.

Bulletin de la Société Belge de Gynécologie. XIII. 3. *Hubert*. Az eklampsia aetiologiája és gyógyítása. — *Lauvers*. A coeliotomia eredménye a peritonitis tuberculosa különböző alakjainál.

Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris. 1903. 1. sz. *Clisson*. Congenitálisan amputált ujjak. — Női medence bemutatása, melyen symphyseotomiát végeztek. — *Budin*. Szűzhártya nem perforálva. — Haematometra operált esete. — *Tissier*. A méh gyermekágyi fertőzéséről. — *Chéron* és *Jeannin*. Szülés folytán beállt hirtelen halál egy ritka esetéről.

Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Paediatric de Paris. 1902. jul. *Couvelaire*. Mütett parovarialis cysta után önként bekövetkezett szülés. — *Pinard*. Symphyseotomia. — *Champetier de Ribes* és *Daniel*. Koponyasérülés achondroplasiás magzatnál. — *Varnier*. Levret halála és végrendelete. — Okt. *Couvelaire*. Hüvelyi cysta a terhesség alatt. — *Pinard*. Cholecystitis a gyermekágy alatt. — *Gairon* és *Coffin*. Scorbut infantilis esete.

L'Écho médicale du Nord. 1902. nov. 16. *Brassart*. A himlő befolyása a terhességre és a gyermekágyra. — Nov. 23. *Dellérde*. A gyermekágyi rendellenességei törvényszerű orvosi szempontból.

Gazette de gynécologie. 1902. nov. 15. *Siredey*. A méhcongestióról.

Gazette hebdomadaire. 1902. decz. 14. *Strohker*. A széles szálal fibromája.

Gazette des Hôpitaux. 1902. decz. 16. *Puech*. A terhesség alatti hizás.

Gazette médicale de Paris. 1902. nov. 8. *Monprofit*. Hasi marsupialisatio.

La Gynécologie. 1902. 6. sz. *Richelot*. Prolapsus és laceratio. — *Siredey* és *Coudert*. Lymphangitis peri-uterina. — *Blondel*. A fürdőkúra alkalmas idő méhbajoknál. 1903. — 1. sz. *Dalché* és *Fouquet*. Genitális eredésű bőrpigmentatio a nőnél. — *Neugebauer*. Hermaphroditismus és a mindennapi orvosi gyakorlat. — *Bonnet*. Colporrhaphia és myorrhaphia.

Lyon médicale. 1902. nov. 30. *Villaud*. A retroversio uteri gyógyítása a ligg. rotunda rövidítésével.

L'Obstétrique. 1902. 6. sz. *Budin P.* Észleletek az asszonyok tejelválasztásáról illetőleg. — 1903. 1. sz. *Budin*. A csecsemők halandóságáról. — *Macé*. Gyermekágyi fertőzés és hysterektomia.

Revue de chirurgie. 1903. 1. sz. *Acquaviva* és *Roux de Brignoles*. A salpingitis sebészeti gyógyítása. — *Bazy*. A hydronephrosis intermittens phatogenesise.

Revue de gynécologie. 1902. nov.—decz. *Fehling*, *Amann*, *Faure*, *Martin*, *Veit*, *Johnstone*, *Engelmann* referádái a római congressuson.

Revue médicale de la Suisse Romande. 1903. 1. sz. *Veyrassat* és *Arabian*. A sterno-cleido-mastoidens repedése egy újszülöttnél.

Revue mensuelle de gynécologie, obstétrique et paediatric. 1902. 5. sz. *Villar*. A méh és hüvely fejlődési rendellenessége. — 6. sz. *Taussig*. A prothalt terhesség. — 9. sz. *Demons* és *Fieuc*. Tubaterhesség accessorius vezetékben. — 10. sz. *Chatannaz*. Hasi méhtotaléxstirpacio rák miatt. — 12. sz. *Porter*. Terhesség egy méhszarvban. — 1903. 1. sz. *Lanelongue*. Subperitonealis fibroma egy esete.

Revue pratique d'Obstétrique et de paediatric. 1902. okt. *Broca*. Az appendicitis gyógyítása. — *Mouchotte*. A méh drainezése heveny gyermekágyi metritisnél.

Le Semaine Gynécologique. 1902. 48. sz. *Bourvier.* A méhtest rákja és pyometra. — 1903. I. sz. *Pichevin.* A feloldali adnexumok megtartása. — 2. sz. *Pichevin.* Fistula utero-abdominalis. — 3. sz. *Pichevin.* Perineorrhaphia. — 4. sz. *Pichevin.* Prolapsus uteri. — 6. sz. *Pichevin.* A méhvezés különös alakja. — 7. sz. *Duret.* A hysterektomia javalatai gyermekági fertőzés eseteiben.

4. Angol lapok.

American Journal of the Medical Sciences. 1902. okt. *Davis.* Méhenkivüli terhességre emlékeztető két jelenség. — *Lewis és Le Conte.* Petefészektümlő infectioja typhus esetében. — 1903. jan. *Jelke.* Embryomata ovarii. — *Weis.* Eosinophilia medenczebeli és appendix-bajoknál.

American Gynaecology. 1902. okt. *Pray.* Előleges közlemény a terhesség és gyermekági alatti vér vizsgálatát illetőleg. — *Lockart.* A méhenkivüli terhesség klinikai tünetei. — *Goffe.* A ligg. rotunda rövidítése a hüvelyen át a méh retroflexioinál. — *Smith.* A húgyhólyag kiirtása rák miatt. — *Kreutzmann.* Igazolható eljárások a ventrofixatio és a ventrosuspensio? — *Prochowick.* Diétás gyógyítás a terhesség alatt. — Nov. *Howard Kelly.* A terhesség mimikrije fibrománál és petefészekdaganatoknál. — *Bocée.* Terhesség és szülés nephro-ureterektomia totalis után. — *Baldy.* Myoma ovarii. — *Warner.* Az extranuterin-lepény kihozatala a hasár megnyitásánál. — *Gellhorn.* A nyirokmirigyek a méhráknál. — *Baughman.* Az eklampsia kórtana. — *Moran.* Az újszülött gastro-intestinalis vérzésének gyógyítása sóoldattal és gelatinával. — Decz. *Hunner.* Anastomosis utero-vesicalis. — *Douglas.* Elektromos hysterektomia rák miatt. — *Noble.* Ugyanarról. — *Dunning.* A petefészek conservatív műtétei. — *Johnson.* A gonorrhoea lefolyása. — *Morley.* Laparotomia után fellépett parotitis.

The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children. 1902. nov. *Bonifield.* Medenczebeli megbetegedések fiatal és hajadon nőknél. — *Manton.* Az epehólyag kiirtása agyféki metszés útján. — *Williams.* Medenczegenyvedések gyógyítása szeméremeséscsfeletti bemetszéssel. — *Simpson.* A jég alkalmazása laparotomia után. — *Dorsett.* Tetanus két esete laparotomia után. — *Chase.* Explorativ incisio. — *Price.* A drainezés a hassebészetben. — *Cumston.* Megrepedt pyosalpinx. — *Hayd.* Medenczebeli tályog gyógyítása. — *Branham.* A hüvelyi út választása a méh és függelékeinek műtévesénél. — *Goldspohn.* Coeliotomia biungualis a méh hátrahajlásainak gyógyítása végett. — *Tate.* Fibroma és terhesség. — *Carstens.* Hasmetés a terhesség alatt. — *Mac Murthy.* Deciduoma malignum esete. — *Hall.* Peritonitis tuberculosa. — *Dunning.* Hysterektomia 62 esete méhráknál. — Decz. *Voorhees.* Craniotomia. — *Stahl.* A bolyhok histológiája méhenbelüli és méhenkivüli terhességnél. — *Marion.* A köldökzsinór repedése. — *Cook.* A leányok pubertása. — *Bromwell.* Leukaemia a gyermekági alatt. — *Mac Reynolds.* A hasizmok diastasisa. — *Baldwin.* Mindkét petefészek kiirtása után fellépett terhesség. — *Kolischer.* A húgyhólyag állapot a hysteropesia után. — 1903. jan. *Gillespie.* A szülés mechanizmusa. — *Stark.* Ugyanarról. — *Kelly.* A húgyhólyag papillomájának kiirtása. — *Hill.* A méh fejlődési rendellenességei. — *Nicholson.* Szívbjával szövődött terhesség két esete. — *Small.* A női gonorrhoea gyógyítása. — *Abrams.* Az eklampsziáról. — *Simons.* A méh herniája. — *Keefe.* A húgyhólyag repedése.

Annals of Gynaecology and Pediatrics. 1902. okt. III. A nők meddőségének okai és gyógyítása. — *Campbell.* A méh megtartásának módja a medenczebeli gyulladások operatív gyógyításánál. — Nov. *Rosenthal.* 100 szülészeti eset. — *Ely.* A női húgy-ivarszervek fertőzése a coli-bacillussal.

Birmingham Medical Review. 1902. decz. *Martin.* A gyermekági sepsis prophylaxisa és gyógyítása.

Boston medical and surgical Journal. 1902. okt. 23. *Hubbard.* Deciduoma malignum esete. — Okt. 30. *Plympton.* Septicaemia és curette.

British Gynaecological Journal. 1902. nov. *Martin.* A modern gynaekologia irányaszmai és eljárásai.

British Medical Journal. 1903. jan. 17. *Berry Hart.* Chorea gravidarum két esete. — *Bantock.* Hüvelyi hysterektomia után hét évvel végzett ovariectomia. — *Mac Cann.* Petefészekfibroma kiirtása 73 éves nőnél. — *Morse.* Fibroma miatt végzett hysterektomia 10 esete. — *Pasley.* Méhrepedés. — *Paton.* Méhfibroma által okozott bélelzáródás. — *Scott.* A méh gangraenás polypus fibrosusa. — *Moffatt.* Megrepedt méhenkivüli terhesség. — *Wilkes.* Terhesség alatt stenosis mitralis két esete.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital. 1902. jun. *MacL. Harris és Guy Hamer.* Akut általános gonorrhoeás peritonitis.

Edinburgh Medical Journal. 1902. decz. *Bonney.* Nephrosziasis. **The Journal of Obstetrics of the British Empire.** 1902. II. 6. sz. *Ballantyne.* A túlérett magzat kérdése. — *Wallace.* Ismételt császármetszés. — *Handley.* A paratubaris haematocoele. — 1903. I. sz. *Hennau.* A dysmenorrhoea természetrajzához. — *Doran.* Fibroma és szivbaj. — *Thring.* Méhnyakrák két hónapos terhességgel szövődve. — *Lea.* A húgycső akut előesésének esete. — *Smith.* Méhenkivüli terhesség szokatlan esete. — *Berkeley.* A női általános tuberculosus. (Összefoglaló szemle.) — 2. sz. *Hellier.* Az elephantiasis congenita cystica két készítménye. — *Jones.* A gyermekági elmezavar. — *Briggs.* Méhfenéki fibroidpolypus és méhinversio. — *Grimsdale.* Ovariectomia esete. — *Lea.* A heveny gyermekági infectio gyógyítása curettel. (Összefoglaló szemle.)

Medical Record. 1902. decz. 6. *Poek.* A méh függelékeinek operatív gyógyítása meddőség eseteiben.

New-York Medical News. 1902. nov. 15. *Bushong.* A méhnyak laceratioi.

The Practitioner. 1902. decz. *Bishop.* Mindig szükséges-e a katheter a medenczehasüregei műtéteknél? — 1903. jan. *Donald és Walls.* Kétszarvú méh spontán repedésének esete.

The Scottish Medical and Surgical Journal. 1901. jan. *Stephenson.* A dysmenorrhoea alakjairól és a kalium hypermangan. hatásáról. — *Brewis.* Méhrák két esete a terhesség ötödik hónapjában; pan-hysterektomia.

5. Olasz lapok.

Annali di Ostetricia e Ginecologia. 1902. okt.—nov. *Ascoli.* A fehérje átmenetele az anyától a magzatra. — *Ferrari.* Császármetszés 25 esete haránt méhfénékmetéssel. — *Ferroni.* A magzati méh embryologiaja és anatómiája. — decz. *Merletti.* Fehérje, albuminoid és albumose a szülés utáni vizeletben.

Archivio Italiano di Ginecologia. 1902. aug. 31. *Spinelli.* A női genitaltuberculosis. — *Ricci.* Casuistica. — *Mucci.* Az inoperabilis méhrák palliatív gyógyítása.

Archivio di Ostetricia e Ginecologia. 1902. szept. *Caterina.* A balneoterapia és hydrotherapia női bajoknál. — okt. *Ferrari.* Ismételt császármetszés három esete. — *Patellani-Rosa.* A gerinczések, különösen az emlős állatok csontos medenczéje. — nov. *Ferroni.* Sphygmographiai észlelések néhány női bajnál. — *Virnicchi.* A petefészek histológiája osteomalaciánál. — decz. *de Arcangelis.* Absentia uteri et vaginae két férjezett nőnél. — *Cristalli.* A Morton-féle betegség két esete.

Clinica Ostetrica. 1902. szept.—okt. *La Torre.* A gyermekági fertőzés miatt végzett méhkiirtás javalatai. — *Tornu.* A chinin mint ekbolicum.

Il Progresso Medico. 1902. szept. *Condio.* Törpe terhessége. — Foetus papyraceus.

VEGYESEK.

— *Jena.* A 75 éves *Schultze B. S.* jeni egyetemi tanár, a német gynaekologusok nestora, f. évi április 1-jén a jól megérdemelt nyugalmába vonul. Helyére *Krönig B.* lipseai rk. tanárt nevezték ki, a fiatalabb német gynaekologusok egyik legkiválóbbját. Ezen kinevezés által *Skutsch* jeni rk. tanár, a ki *Schultzenak* közel 20 év óta volt assistense, mellőzve érezvén magát, állásáról lemondott s Lipésben szándékozik mint szakorvos letelepedni.

— *Erlangen.* *Gessner* tanár, a ki csak két év óta működött az erlangeni szülészeti tanszéken mint a nyugalomba vonult *Frommel* utódja, ez évi január 24-dikén 38 éves korában hirtelen elhalt. Utódjául *Veit J.* leideni tanárt, a kiváló nőorvost, műtőt és tudóst hívták meg, a ki bizonyára örömmel eszeréli fel a neki idegen németalföldi egyetemi tanszéket egy hazájabelivel.

— *Prága.* A *Sänger* halálával (a melyről az Orvosi Hetilap cz évi 4. számában emlékeztünk meg behatóan) megüresedett prágai német tanszékre *Franqué Ottó* würzburgi rk. tanárt hívták meg, a ki fiatal kora daczára, különösen a gynaekologia pathológiáját tárgyaló számos dolgozatával már kitűnő hírnevet vívott ki magának. Kivüle ajánlatba hozattak még *Breus* bécsi és *Kleinhaus* prágai tanár.

— *Berlin.* *Koblanck Alfréd* magántanár a berlini egyetemen, ugyanott rendkívüli tanárrá nevezetett ki.

— *Boroszló.* *Dienst Arthurt* magántanárrá képesítették.

— *Dorpat.* *Michorow Sergius* magántanár a dorpati (jurjewi) egyetemen a szüléset és gynaekologia rendes tanárává nevezetett ki.

— *Parma.* *Clivio Innocente-t* rendkívüli tanárrá nevezték ki a pármái egyetemen.

— *Sevilla.* *Munoz C. J.-t* rendes egyetemi tanárrá nevezték ki a sevillai egyetemen.

— *Stockholm.* *Westermarck F.* magántanár a szüléset és gynaekologia rendes tanárává nevezetett ki.

— *Nápoly.* *Trotta Giuseppet* magántanárrá képesítették a nápolyi egyetemen.

— *Bologna.* *Ferraresi C.* sienai magántanár a bolognai egyetemen habilitálta magát.

— *Grenoble.* *Gallois* utódjául a grenoble-i szülészeti tanszéken *Cibert-t* nevezték ki.

— *Rennes.* *Assicot-t* rennesi szülészeti tanárrá nevezték ki.

— *Marseille.* *Reynès-t* a pathologia, sebészet és szüléset (?) tanárává nevezték ki Marseille-ban.

— *Nancy.* *Schuhl* magántanárt helyettes-tanárrá nevezték ki a nancy-i bábaiskolán.

— *San Jago.* *Aichel Ottó,* a chilei származású erlangeni magántanárt a san jagoi (Chile) egyetemen rendes tanárrá nevezték ki.

— *Meghaltak Sängeren és Gessneren* kívül még a következő hírneves szakemberek: *Varnier Henri* a szüléset rendkívüli tanára Párisban 43 éves korában; *Thomas Theodore Gaillard* volt new-yorki egyetemi rendes tanár 71 éves korában; *Rapin O.* a szüléset rendes tanára Lausanneben 56 éves korában; *Bouilly G.* rendkívüli tanár a párisi egyetemen és a Hôpital Cochin szülösetálynak vezetője 55 éves korában.¹

— *A középrajnai gynaekologiai társaság* (Darmstadt, Giessen, Frankfurt, Marburg és Wiesbaden) következőképen alakult meg: elnök *Sippel* tanár, másodelnök *Ahlfeld* tanár, jegyző *Walther* tanár, másodjegyző *Kutz,* pénztáros *Kasprzik.*

¹ A gynaekologia halottjairól ezentúl összefoglaló nekrológ alakjában fogunk minden évfolyam I. számában kimerítően megemlékezni.